

реферат по медицине тема: химический ожог пищевода
25 стр, интервал 1,5, kern 12, выравнивание по ширине левое -2, правое- 1, верх и низ- 2,5, список литературы за последние 10 лет и сноски на интернет ресурсы

Содержание

Введение.....	3
1. Анатомия пищевода.....	4
2. Симптомы и стадии химического ожога пищевода.....	8
3. Клиническая картина.....	12
4. Лечение ожогов пищевода на догоспитальном этапе.....	14
5. Лечение и профилактика ожога пищевода.....	16
Заключение.....	19
Список литературы.....	20

Введение

Ожоги — частое и тяжелое повреждение, летальность от которого еще очень велика. Ежегодно в Европе и США в стационарном лечении нуждаются более 200 тыс. больных с ожогами. В течение 1 года в Европейских странах погибают от ожогов около 60 тыс. человек; среди них большую группу составляют дети. У многих из числа тех, которые выздоравливают, остаются обезображивающие рубцы. Будучи сложной и не до конца изученной, проблема ожогов продолжает привлекать к себе внимание ученых, практических хирургов и организаторов здравоохранения. Лечение обожженных, в особенности детского возраста, трудоемко и длительно. Оно требует специальных знаний, оборудования, условий и высокого профессионального мастерства от медицинских работников.

В настоящее время для совершенствования медицинской помощи обожженным в России и во многих странах мира созданы специализированные центры и отделения. В них применяются современные методы обслуживания и лечения больных. Для работы в подобных отделениях медицинский персонал должен быть соответствующим образом обучен.

Ожогом называется повреждение тканей, вызванное действием высокой температуры, химических веществ, излучений и электрического тока. Соответственно этиологическому фактору ожоги называются термическими, химическими, лучевыми и электрическими.

1. Анатомия пищевода

Пищевод - часть желудочно-кишечного тракта между глоткой и желудком, представляющая собой полый трубчатый мышечный канал, начинающийся на уровне нижнего края VI шейного позвонка и заканчивающийся переходом в кардиальную часть желудка на уровне XI грудного позвонка.

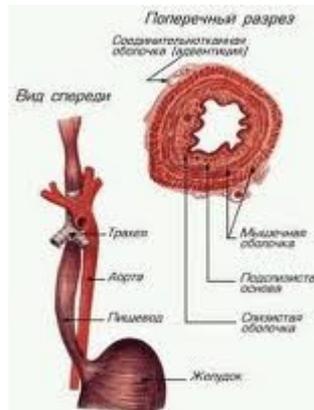


Рисунок 1. Анатомия пищевода

Стенка пищевода состоит из нескольких слоев, а именно: из слизистой оболочки, подслизистого слоя, мышечной оболочки и адвентициальной оболочки, иногда брюшной отдел пищевода покрыт серозной оболочкой. Мышечная оболочка состоит из двух слоев: наружного продольного и внутреннего циркулярного.

У взрослого человека длина пищевода составляет в среднем 25 см. Принято делить пищевод на три отдела: шейный, грудной, брюшной (абдоминальный).

Шейный отдел пищевода имеет протяженность 5-6 см, он начинается на уровне VII шейного позвонка позади перстневидного хряща гортани и, находясь позади трахеи и спереди позвоночника, тянется до уровня верхней апертуры грудной клетки. Справа и слева от пищевода расположены доли щитовидной железы.

Грудной отдел пищевода имеет протяженность 17-19 см, располагается в заднем средостении, сначала между трахеей и позвоночником, а затем между сердцем и грудной частью аорты, которая оттесняет его немного влево.

Брюшной отдел расположен на уровне XI-XII грудных позвонков. Его длина колеблется от 2 до 4 см. В зоне пищеводно-желудочного перехода (перехода в кардиальную часть желудка) просвет пищевода в норме закрыт и открывается только при прохождении пищи.

На протяжении пищевода имеется три сужения его просвета. Первое сужение связано с давлением перстневидного хряща и нижнего сжимателя глотки, второе обусловлено давлением дуги аорты, которая прижимает пищевод к левому главному бронху. Это сужение располагается

на уровне IV грудного позвонка. Третье сужение находится на уровне пищевого отверстия диафрагмы.

Кровоснабжение пищевода в шейном отделе осуществляется ветвями нижней щитовидной артерии, в грудном отделе - 4-5 пищеводными ветвями грудного отдела аорты (собственными пищеводными артериями), в нижнем отделе (абдоминальном) - восходящей ветвью левой желудочной артерии и нижней диафрагмальной артерии. Отток крови от пищевода осуществляется в непарную и полунепарную вены. Основным коллектором венозной крови является подслизистое сплетение.

Лимфатическая система пищевода представлена сетью капилляров и сосудов, которые располагаются во всех слоях стенки пищевода: слизистой оболочке, подслизистом слое, мышечной оболочке, а также в адвентиции.

Особенностью лимфатической системы пищевода являются продольные, довольно крупные лимфатические сосуды-коллекторы, расположенные в подслизистом слое стенки по всей длине пищевода связывающие лимфатические сети всех его слоев.

Отводящие лимфатические сосуды выходят как на передней, так и на задней поверхности пищевода и имеют восходящее, нисходящее и поперечное направления.

Весьма важной является топография регионарных лимфатических узлов пищевода. От шейного отдела пищевода отводящие сосуды направляются к глубоким шейным нижним и паратрахеальным лимфатическим узлам.

Глубокие шейные нижние лимфатические узлы располагаются по ходу основного сосудистого пучка шеи с обеих сторон, по ходу внутренней яремной вены. Выносящие лимфатические сосуды впадают в подключичный и яремный лимфатические стволы, в грудной лимфатический проток, а также непосредственно в подключичную и яремную вены.

Лимфатические сосуды от шейного и верхнегрудного отдела пищевода впадают также в паратрахеальные лимфатические узлы. Они располагаются цепочкой по обеим сторонам трахеи в борозде между пищеводом и трахеей, сопровождая возвратные нервы. Выносящие лимфатические сосуды от них идут к глубоким шейным лимфатическим узлам, средостенным, а также могут впасть в яремные лимфатические стволы, грудной лимфатический проток, правый лимфатический проток. Самым нижним из группы правых паратрахеальных лимфатических узлов является лимфатический узел дуги непарной вены. Он располагается под дугой непарной вены. От него лимфа оттекает в бронхо-легочные и трахеобронхиальные лимфатические узлы.

От верхних отделов пищевода лимфа оттекает также в верхние и нижние трахеобронхиальные лимфатические узлы. Верхние трахеобронхиальные лимфатические узлы располагаются между трахеей и главным бронхом. В них оттекает лимфа также от нижних

трахеобронхиальных и бронхолегочных лимфатических узлов. Отток лимфы по выносящим лимфатическим сосудам осуществляется в глубокие шейные лимфатические узлы, грудной лимфатический проток и правый лимфатический проток. Нижние трахеобронхиальные (бифуркационные) лимфатические узлы располагаются под бифуркацией трахеи. Они принимают лимфу также от средних отделов пищевода, а также от бронхолегочных лимфатических узлов. Отток лимфы происходит в верхние трахеобронхиальные, паратрахеальные, заднесредостенные лимфатические узлы, а также непосредственно в грудной лимфатический проток.

Бронхолегочные лимфатические узлы располагаются по ходу главного бронха и его ветвей. В них оттекает лимфа от ближайших отделов пищевода. Далее лимфа оттекает в передние средостенные, верхние и нижние трахеобронхиальные лимфатические узлы, а также в грудной лимфатический проток-справа и лимфатический проток слева.

От средних отделов пищевода лимфа оттекает также в задне-средостенные лимфатические узлы, которые располагаются около пищевода в заднем средостении. От них лимфа оттекает по отводящим сосудам в трахеобронхиальные лимфатические узлы, которые также могут впадать непосредственно в грудной лимфатический проток.

По передней поверхности грудного отдела позвоночника располагаются предпозвоночные лимфатические узлы. Они принимают лимфу от грудного отдела пищевода. От них отток лимфы происходит в грудной проток.

От нижних отделов пищевода лимфа оттекает в двух направлениях. По коротким отводящим сосудам она направляется в латеральные перикардиальные лимфатические узлы, расположенные позади перикарда у места вхождения диафрагмального нерва в диафрагму, верхние диафрагмальные лимфатические узлы, располагающиеся над диафрагмой позади мечевидного отростка грудины в средостении, околопищеводные, бронхопульмональные и нижние трахеобронхиальные лимфатические узлы. По длинным отводящим сосудам, которые спускаются вниз в брюшную полость по ходу правого и левого блуждающих нервов лимфа впадает в цепочку левых желудочных лимфатических узлов, расположенных вблизи малой кривизны желудка по ходу левой желудочной артерии и паракардиальные лимфатические узлы, располагающиеся в клетчатке около пищеводно-желудочного перехода в брюшной полости. Самыми нижними из группы левых желудочных лимфатических узлов являются лимфатические узлы области развилки чревного ствола.

Необходимо отметить две особенности лимфатической системы пищевода.

Первая - крупные лимфатические коллекторы расположены продольно вдоль всего пищевода в подслизистом слое.

Вторая - нередко отводящие лимфатические сосуды, минуя регионарные лимфатические узлы, впадают в левые желудочные или паракардиальные лимфатические узлы, либо - непосредственно в грудной лимфатический проток.

Грудной лимфатический проток начинается в забрюшинном пространстве в виде цистерны, расположенной на уровне I поясничного - XII грудного позвонков, проходит вдоль правой стенки аорты в грудную полость, в заднее средостение, располагаясь между аортой и непарной веной. Выше грудной проток расположен по средней линии на предпозвоночной фасции слева от аорты и частично прикрыт пищеводом. Поднимаясь выше грудной проток, будучи и далее связан с пищеводом, переходит на шею и образует дугу на этом уровне. Последняя огибает купол плевры сзади наперед и впадает в левый венозный угол. В месте впадения грудного лимфатического протока располагается большое количество лимфатических узлов. Часто грудной проток представлен не одним, а несколькими стволами.

Наиболее часто при резекции грудного отдела пищевода хирург вынужденно контактирует с грудным протоком, что сопряжено с риском ранения как основного ствола, так и впадающих в него ветвей. Это требует перевязки протока на протяжении выше и ниже места ранения.

2. Симптомы и стадии химического ожога пищевода

Химический ожог пищевода или коррозионный токсический эзофагит представляет собой повреждение пищевода, вызванное случайным или преднамеренным приемом внутрь концентрированных растворов кислоты или щелочи, а также других веществ, обладающих прижигающим действием.

Экзогенные отравления кислотами и щелочами занимают ведущее место в структуре острых отравлений. Среди пострадавших чаще всего наблюдаются: 1) дети в возрасте от 1 до 6 лет, которые нередко страдают по вине взрослых, беспечно оставляющих опасные химические вещества в доступных местах или по небрежности дающих детям эти вещества вместо питья или лекарств; 2) взрослые, случайно выпившие химическое вещество, будучи в трезвом состоянии, в том числе во время работы при нарушении техники безопасности или, реже, в алкогольном опьянении, а также в состоянии тяжелого похмелья; 3) взрослые и подростки, совершающие суицидальную попытку в порыве отчаяния при эмоциональном расстройстве, или в связи с психическим заболеванием, или после приема наркотиков.

Следовательно, повреждение пищевода химическими веществами возникает в результате несчастных случаев или преднамеренно во время суицидальной попытки. Вещества, вызывающие химический ожог пищевода и отравление организма, принято называть коррозионными ядами прижигающего действия. К ним относятся: 1) кислоты как неорганические (серная, фосфорная, хлористоводородная), так и органические (уксусная и щавелевая); 2) основания или щелочи (едкий аммоний, калия гидроксид, окись кальция, жидкое стекло); 3) окислители (перекись водорода, перманганат калия, ацетон); 4) растворы йода; 5) соли тяжелых металлов (цинк, кадмий, ртуть, серебро). Наиболее часто химический ожог пищевода и отравление происходит при проглатывании уксусной кислоты или уксусной эссенции (около 80% случаев), а также хлористоводородной и серной кислот. Химические повреждения пищевода щелочами, такими как нашатырный спирт, реже едкий натр, встречаются также часто. Обычными источниками едких веществ являются многие жидкие и кристаллические отбеливатели и моющие средства, хотя в их состав теперь значительно реже входят такие опасные вещества, как гидроксид натрия или серная кислота. Из группы окислителей нередко повреждения пищевода бывают вызваны приемом внутрь перекиси водорода (пергидроль), используемой для обработки медицинской аппаратуры или при обработке ран, а также калия перманганата в виде концентрированного раствора или кристаллов. В патогенезе химических ожогов пищевода имеют значение два фактора воздействия, повреждающего организм: 1) местное, вызывающее ожог; 2) общее воздействие, приводящее к отравлению. Проглатывание

концентрированных коррозионных веществ, вступивших в контакт со стенкой пищевода и других органов, сразу же приводит к развитию обширного и глубокого химического ожога и коррозионному эзофагиту.

В результате воздействия кислот на ткани наступает коагуляционный некроз (от лат. *coagulatio* — затверждение, свертывание). Прямое деструктивное прижигающее действие неорганических кислот на живые ткани связано с их способностью вызывать обезвоживание и нарушение гидратационного равновесия в живых клетках. Зона коагуляционного некроза представляет собой плотный струп, предохраняющий подлежащие слои тканей от проникновения кислоты. Органические кислоты денатурируют белок путем образования с ними солей или путем связывания катионов, которые выполняют жизненно важные функции в клетках.

При химическом ожоге щелочами происходит мгновенное разрушение всех клеточных элементов. В отличие от действия кислот щелочи при соприкосновении с тканями растворяют слизь, белки клеток, омыляют жиры, образуют щелочные альбуминаты. Образующиеся гидроксильные ионы вступают в химические соединения с тканевыми элементами, что является основным механизмом действия щелочи на белки. Щелочи разрыхляют и размягчают ткани, в результате этого образуется колликвационный некроз (от лат. *colliquesco* — разжижаться, плавиться). При этом струп не образуется, и щелочь беспрепятственно проникает в ткани, вызывая более глубокие ожоги, чем кислоты.

При соприкосновении перекиси водорода с тканями выделяется атомарный кислород — сильный окислитель. Он вызывает повреждение слизистой оболочки пищевода и глубжележащих тканей, включая сосудистую стенку. При этом деструктивные изменения тканей происходят по типу колликвационного некроза.

Калия перманганат также является сильным окислителем. Образующиеся при его контакте с тканями атомарный кислород и едкая щелочь (КОН) являются основными повреждающими агентами, вызывающими химический ожог. Йод при соприкосновении с тканями вызывает денатурацию белков слизистой оболочки пищевода, следствием чего является воспалительно-коррозионное ее поражение.

Следует отметить существенное различие, касающееся попадания твердых и жидких химических веществ в желудочно-кишечный тракт. Попавшие в рот кусочки твердого едкого вещества, прилипая к влажной поверхности слизистой, немедленно вызывают чувство жжения, что обычно позволяет предупредить дальнейшее их проглатывание. В то же время жидкие едкие вещества из-за отсутствия эффекта прилипания нередко проглатываются сразу в больших количествах, вызывая ожоги пищевода почти на всем его протяжении.

Обычно местом наиболее частого и тяжелого ожога являются уровни естественных сужений пищевода, где может наблюдаться разрушение больших участков слизистой оболочки и глубжележащих тканей. По форме ожоги бывают преимущественно линейными или циркулярными. Циркулярные ожоги чаще осложняются развитием Рубцовых стриктур.

Кроме того, при отсутствии спазма пищевода едкое вещество может быстро проникнуть в желудок и вызвать его изолированный ожог, реже сочетанный ожог пищевода и желудка. При ожоге желудка чаще поражается антральный отдел, а также двенадцатиперстная кишка. В тяжелых случаях при некрозе всей стенки и перфорации желудка химический ожог может распространиться на рядом лежащие органы — тонкую и толстую кишку и даже поджелудочную железу.

Одновременно с поражением пищевода часто происходит ожог губ, полости рта, глотки, надгортанника, голосовых связок, трахеи и бронхов. Повреждение дыхательных путей может происходить в результате прямого попадания в них при ингаляции едких жидкостей или их паров и возможно вследствие аспирации рвотных масс, содержащих эти вещества.

Принято выделять три степени химического ожога пищевода. При ожоге первой степени поражается только поверхностный слой слизистой оболочки, что эндоскопически представляет собой отек, очаговую или диффузную гиперемию и утолщение складок слизистой. При ожоге второй степени поражается вся слизистая оболочка до подслизистой основы и внутреннего слоя мышечной оболочки. При ожоге третьей степени повреждение стенки пищевода распространяется на все ее слои, даже на параэзофагеальную клетчатку и соседние органы. Эндоскопически при второй и третьей степени ожога обнаруживается некроз стенки пищевода в виде струпа и изъязвления, эрозивный или язвенный эзофагит.

При тяжелых химических ожогах пищевода быстро развивается реактивное воспаление (коррозионный эзофагит), не имеющее отчетливых границ. Довольно быстро присоединяется инфекция, возникает тромбообразование в мелких сосудах и зона некротического процесса расширяется.

В связи с динамикой характерных патологических изменений в стенке пищевода наблюдается стадийность клинического течения.

Первая стадия (1-я неделя с момента ожога) — острый коррозионный эзофагит. Характеризуется различной глубины и протяженности некрозами и воспалением в стенке пищевода. Эти поражения могут быть легкой, средней и тяжелой степени выраженности. В этот период при глубоких ожогах возможна ранняя перфорация пищевода с развитием острого медиастинита и первичное или вторичное (гипокоагуляционное) кровотечение.

Вторая стадия (2-3-я неделя) — латентная или мнимого благополучия. Наступает отторжение некротических тканей, образование грануляционной ткани, которая замечает погибший слизистый или мышечный слой. Однако в это время после отторжения струпа и уменьшения явлений дисфагии может произойти перфорация пищевода, гнойный медиастинит, образование пищевода-трахеальстага и пищевода-бронхиального свища, кровотечение.

Третья стадия (3-4-я неделя) — образование рубцовой стриктуры. Наблюдается заживление ожоговой раны, ее эпителизация и формирование рубцовой стриктуры вследствие образования фиброзной ткани. Этот период длится 3-6 мес. Клинически после состояния мнимого благополучия появляются симптомы нарастающей дисфагии.

Четвертая стадия — хронический коррозивно-язвенный эзофагит, который может наблюдаться у отдельных больных в течение многих лет. Исходом его является сужение и укорочение пищевода, пептический рефлюкс-эзофагит или развитие злокачественной опухоли.

Интенсивное всасывание кислот и щелочей, продуктов остро-, го тканевого распада из мест поражения стенки пищевода и других органов вызывает общетоксическое резорбтивное действие и нарушение гомеостаза. Происходит разрушение эритроцитов и повышение уровня свободного гемоглобина. Вследствие потери жидкой части крови в ткани и потери жидкости и экскрементов наступает гиповолемия. При тяжелых ожогах возможно развитие синдрома внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдрома). Довольно быстро может возникнуть почечная и печеночная недостаточность как следствие гемоглинурийного нефроза и токсического гепатита.

3. Клиническая картина

Острый период химического ожога пищевода средней и тяжелой степени характеризуется следующими клиническими проявлениями.

Состояние некоторых больных может быть вполне удовлетворительным, а у других крайне тяжелым, вплоть до потери сознания, что обусловлено глубиной и протяженностью повреждения, а также количеством концентрированного химического вещества, оказавшего резорбтивное действие. Возможно двигательное и психическое возбуждение. Беспокоит острая боль в полости рта, глотке, пищеводе с иррадиацией в спину, в груди. Боль резко усиливается при каждом глотании и рвотных движениях. Может быть многократная рвота с задержкой дыхания и возможной аспирацией рвотных масс, содержащих едкое вещество и примесь крови, а также кровавый понос, особенно у детей. Острая мучительная боль может быть в эпигастральной области с иррадиацией в спину вследствие возможного поражения желудка и поджелудочной железы. Отмечается мучительная жажда, гиперсаливация и дисфагия. В течение первых дней может наступить полная непроходимость пищевода, связанная с его отеком, воспалением, образованием струпа и отслойкой слизистой. В период образования рубца возможно возобновление жалоб на дисфагию, что обусловлено фиброзом и сужением пищевода. Наблюдается лихорадка, вызванная всасыванием продуктов распада тканей, а затем присоединением инфекции.

Нередко отмечается бледность, цианоз или иктеричность кожных покровов, воспалительный отек губ, слизистой рта, языка, глотки, надгортанника, голосовых связок, бронхов и трахеи, вызывающие тяжелые респираторные нарушения. При этом возникает одышка, шумное интенсивное стенотическое дыхание вплоть до развития асфиксии.

Отмечаются выраженные циркуляторные нарушения, в основном связанные с гиповолемией и возможным токсическим поражением сердечно-сосудистой системы, что клинически проявляется выраженной тахикардией, артериальной гипотонией, снижением центрального венозного давления. Возможны олигурия и анурия. Моча приобретает красный, вишневый или коричневый цвет в зависимости от содержания в ней гемоглобина.

Смерть может наступить в течение 1-2 сут от асфиксии и сердечно-сосудистой недостаточности, в ряде случаев от перфорации пищевода и острого медиастинита, перфорации желудка и перитонита, от тотального некроза пищевода, желудка, а также поджелудочной железы, тонкой и толстой кишок. Первичное или вторичное кровотечение из пораженных пищевода или желудка тоже является опасным для жизни осложнением.

пищевода и желудка с развитием острого гнойного медиастинита и перитонита, пневмонии, отека легких и печеночно-почечной недостаточности.

4. Лечение ожогов пищевода на догоспитальном этапе

Лечение начинается с промывания желудка, чтобы предотвратить дальнейшее всасывание яда. Промывание желудка осуществляется на догоспитальном этапе (на месте происшествия) и наиболее эффективно в первые шесть часов после отравления, а после 12 часов уже нецелесообразно. Промывание желудка при ожоге пищевода производится через толстый зонд, вода должна быть температурой 18-20 градусов, и вливается порциями 300-500 мл, после чего удаляется через зонд. Общее количество воды до 10 л. Перед процедурой следует ввести подкожно 1 мл 2% раствора промедола, 2 мл 2% раствора папаверина и 1 мл 0.1% раствора атропина.

При промывании категорически запрещается:

- ✓ Пытаться вызвать рвоту "пальцевым" способом, это приведет к усилению ожога и может вызвать попадание рвотных масс в дыхательные пути.
- ✓ Недопустимо применение раствора бикарбоната натрия для промывания желудка.
- ✓ Противопоказано введение солевых слабительных

Затем при лечении ожогов пищевода следует купировать болевой синдром. Для этого применяют наркотические анальгетики: 1 мл 1% раствора морфина с 1 мл 0.1% раствором атропина и 1 мл 0.2% раствором клемастина вводят внутримышечно или внутривенно. Это не только снимает боль, но и профилактирует шок.

При возникновении у больного шока ему придают горизонтальное положение с приподнятыми ногами, потом внутривенно вводят 500 мл 5% раствора глюкозы или 500 мл физиологического раствора, 90-120 мг преднизолона, 2 мл 0.2% раствора норэпинефрина и 10 мл 2.4% раствора аминофиллина. За счет этого артериальное давление повысится и нормализуется диурез

Проводится срочная госпитализация в ПИТ или отделение реанимации. Там выполняется катетеризация подключичной вены и катетеризация мочевого пузыря.

Продолжается введение наркотических анальгетиков и спазмолитиков, вводится капельно-внутривенно глюкозо-новокаиновая смесь - 20 мл 0.5% раствор новокаина и 400 мл 5% раствора глюкозы.

Для противошоковой терапии вводится 5 мл 4% раствора допамина на 400 мл 5% раствора глюкозы и 90-150 мг преднизолона внутримышечно.

Для борьбы с ожоговой плазморрагией применяется инфузия гемодеза, реополиглюкина, свежезамороженной плазмы.

Местное лечение ожога пищевода включает прием 20 мл микстуры: 200 мл 10% эмульсии растительного масла с 2 г биомицина и 2 г анестезина. При термических ожогах пищевод смазывается 5% раствором калия перманганата.

При ожогах кислотами показано внутривенное введение 0.5-1 л 10% раствора глюкозы или 0.5-1.5 л 4% раствора бикарбоната натрия. При раннем начале введения этих растворов уменьшается риск развития острой почечной недостаточности и улучшается исход заболевания.

Для профилактики инфекционных осложнений применяется антибактериальная терапия: 1 г цефотаксима 2 раза в сутки и 2 мл 4% раствора гентамицина 3 раза в сутки. Больные, пережившие острый период, могут в дальнейшем умереть от перфорации

5. Лечение и профилактика ожога пищевода

К сожалению, поражение пищевода происходит обычно мгновенно. При небольшой дозе химического агента он может пройти в желудок, где разбавление его кислотой желудочного сока до нейтральной реакции предотвращает дальнейшее воздействие. В течение многих лет в качестве первой помощи пациенту, проглотившему щелочь, рекомендовалось (и широко пропагандировалось) искусственно вызвать рвоту. Однако в этом случае щелочь с рвотными массами возвращается обратно в пищевод и получает возможность вновь воздействовать на его слизистую. К сожалению, любой разбавляющий агент, чтобы оказывать эффективное действие, должен быть введен в таких больших количествах, что это неизменно вызывает рвоту. В частности, введение уксусной кислоты, нейтрализующей щелочь, как правило, вызывает рвоту. Все это объясняет, почему первая помощь оказывается обычно малоэффективной. Более того, она может даже привести к дальнейшему поражению слизистой пищевода.

Обычно при поступлении пациента в приемный покой в анамнезе есть четкое указание на то, что он проглотил именно щелочь. Для правильного лечения ожога пищевода знать химический состав поражающего агента очень важно. При употреблении таких широко распространенных в быту веществ, как, например, отбеливатели, не требуется ни эндоскопия, ни дальнейшее наблюдение, ни специфическое лечение ожога пищевода. При проглатывании жидкой гидроокиси натрия, гидроокиси калия (как жидкой, так и в порошке) или порошкообразных моющих средств необходимо проведение диагностической эндоскопии. Состояние слизистой полости рта практически не имеет прогностического значения и не отражает характер и степень ожога пищевода. А вот эндоскопия, если она проводится в течение 24 часов, четко показывает, поражен пищевод или нет. Линейный ожог пищевода не имеет существенного клинического значения, ибо, если поражение не циркулярное, то оставшаяся интактной стенка обычно полностью замещает обожженный участок. Общее лечение ожога пищевода в этом периоде, в частности инфузионная терапия, должно быть начато немедленно при поступлении, как можно раньше, до любых диагностических процедур.

Для оценки характера поражения пищевода мы предпочитаем использовать жесткий эзофагоскоп. Главная цель исследования — определить, циркулярный ожог или нет.

В течение долгих лет считалось, что антибиотики при лечении ожога пищевода предотвращают развитие медиастинита, а общее применение стероидов способствует профилактике рубцевания пищевода. Однако оценка глубины поражения и его степени с делением на 1-ю, 2-ю и 3-ю, как это принято при ожогах кожи, всегда была достаточно трудной. Несомненно, что характер образования рубца определяется глубиной ожога. Выявить при этом роль стероидов

в лечении ожога пищевода и в достижении тех или иных клинических результатов чрезвычайно сложно. Исследование эффективности применения стероидов при лечении ожогов пищевода щелочью проводилось в эксперименте на кошках. В контрольной группе помощь животным не оказывалась (течение ожога было «пущено на самотек»). Там же, где проводилось лечение ожога пищевода, применялся только один из следующих методов: бужирование, стероиды или антибиотики. И, наконец, исследовалась эффективность использования стероидов в сочетании с антибиотиками. Животные, леченные последним способом (комбинация стероидов и антибиотиков), в наименьшей степени, чем все другие, теряли массу тела и лишь немногие из них умерли от истощения, однако проводимая терапия не предотвращала развития стриктуры.

В клинических условиях результаты лечения ожогов пищевода комбинацией стероидов и антибиотиков изучались у 69 пациентов с ожогом пищевода. В 8 наблюдениях (12%) развился стеноз, потребовавший длительного бужирования. Необходимость в пластике пищевода не возникла ни в одном случае. Восемь же пациентов, лечившихся в других госпиталях и не получавших в остром периоде стероиды с антибиотиками, были направлены в поздние сроки для пластики пищевода или длительного бужирования. Создается совершенно определенное впечатление, что терапия стероидами с антибиотиками уменьшает частоту стенозов, но не предотвращает их полностью. Данный метод принят повсеместно, и можно с уверенностью говорить о том, что если только стероиды не применяются слишком долго, то результаты обычно бывают хорошими. Дальнейшие исследования подтверждают, что, несмотря на лечение ожога пищевода стероидами с антибиотиками, стриктуры все же развиваются. Целенаправленное изучение эффективности применения стероидов у детей с химическими ожогами пищевода показало, что при ожогах щелочью нет статистически достоверных явных преимуществ использования кортикостероидов.

Если, по данным анамнеза, пациент проглотил большое количество концентрированной щелочи (случайно, иногда при суицидных попытках), то должен быть срочно рассмотрен вопрос о показаниях к эзофагэктомии и, возможно, гастрэктомии. Конечно, не известно, предотвратит ли такой активный подход возникновение аортоэзофагеального свища (в результате продолжающегося действия щелочи на ткани средостения), однако некоторые наши данные, экспериментальные и клинические, подтверждают, что подобная тактика может быть рациональной. При случайном проглатывании щелочи наиболее стандартный и общепринятый подход — наложение гастростомы для питания и бужирования. При проглатывании большого количества щелочи следует сделать верхнюю лапаротомию, чтобы оценить состояние стенки желудка и убедиться в наличии каустического поражения и его распространенности. Когда препарат имеет высокую концентрацию или большой объем, он обычно достигает желудка и вызывает

поражение его стенки. В таких случаях пищевод, как правило полностью разрушен и должен быть удален. Если же нет серьезного ожога желудка, следует наложить гастростому.

Наиболее общепринятый подход к лечению каустических ожогов пищевода в подостром периоде — это наблюдение в динамике, цель которого — определить, разовьется стриктура или нет. Чаще всего она все же развивается.

Как в эксперименте, так и по клиническим данным у детей и взрослых, хороший эффект в фазе заживления оказывает использование стентов — специальных временных приспособлений-протезов (катетеры, трубки) для расширения просвета пищевода и предотвращения его сужения в процессе заживления. Эта методика была предложена 25 лет назад, однако не нашла широкого распространения. То же самое можно сказать и о лечении ожогов (щелочью), полученных в эксперименте бета-аминопропионитрилом, описанном 20 лет назад, но не нашедшем применения в клинической практике.

Основные меры профилактики ожогов пищевода заключаются в правильном хранении бытовой химии. Вещества, которые являются прижигающим жидкостями, должны храниться отдельно от пищевых продуктов.

Храните бытовую химию в местах недоступных для детей. Если бы все прислушивались к этому предупреждению, написанному на каждой этикетке, то несчастных случаев было бы намного меньше.

Особенно опасно переливать химические вещества в тару из-под пищевых продуктов: банки, бутылки. По ошибке эти жидкости принимают за воду и выпивают, получая ожог глотки и пищевода.

Около 70% ожогов вызвано проглатыванием уксусной эссенции. Исходя из этого, стоит отказаться от ее применения и заменить ее уксусом.

Каустическая сода, которая используется для чистки кастрюль и труб не должна храниться на кухне. Она не имеет острого специфического запаха и ее по ошибке принимают за пищевую соду.

В предыдущие годы до 10% пострадавших получали ожоги, выпив крепкий раствор марганцовки, которая использовалась как обеззараживающее средство. Поэтому если у вас еще остались запасы этого препарата, то не разводите его в кружках и не оставляйте приготовленный раствор там, где его могут достать дети или другие члены семьи.

Важную роль в профилактике ожогов пищевода играют беседы с детьми на тему безопасности. Необходимо своевременно рассказать малышу, какую опасность несет в себе бытовая химия и почему не стоит ее использовать не по назначению.

Заключение

Повреждение живых тканей, вызванное воздействием высокой температуры, химическими веществами, электрической или лучистой энергией, принято называть ожогом. В первую очередь от ожогов страдают кожные покровы, а затем глубжележащие образования — подкожная жировая клетчатка, листки фасции, отделяющие друг от друга слои тканей, сухожилия, мышцы, сосуды и нервы, надкостница и кость. В редких случаях, в результате длительного воздействия вредного фактора, имеющего очень высокую температуру, разрушению могут подвергнуться не только покровные ткани, но и внутренние органы. Если травмирующий агент попадает на слизистую оболочку рта, пищеварительного тракта или дыхательных путей, образуются ожоги слизистой. Химические ожоги происходят от действия концентрированных кислот, едких щелочей и других химических веществ, которые попадают на живые ткани и вызывают их разрушение. Одним из видов химического ожога является поражение фосфором, который обладает способностью вступать в соединение с жиром.

Ожоги кислотами и щелочами могут наблюдаться и на слизистой оболочке рта, пищевода и желудка, если пострадавший по ошибке или незнанию выпил ядовитый раствор, приняв его за воду. Из-за небрежного отношения взрослых к химическим веществам и предметам бытовой химии часто страдают маленькие дети.

Список литературы

1. А.Г. Елисеев. Большая медицинская энциклопедия: учебник. - М.: ЭКСМО, 2006. - 864с.
2. А.Н. Митрошин, А.В. Нестеров, П.В. Иванов. Физикальные методы обследования хирургического больного: учебно-методическое пособие. - Пенза: ИИЦ ПГУ, 2004. - 162с.
3. А.Н. Митрошин, П.В. Иванов, А.В. Нестеров. Академическая история болезни хирургического больного: учебно-методическое пособие. - Пенза: ИИЦ ПГУ, 2004. - 28с.
6. Лужников Е.А. - Медицинская токсикология: Национальное руководство
Издательство: Геотар-Медиа ISBN: 978-5-9704-2226-7, 2012 г. с. 928
4. М.И. Кузин. Хирургические болезни: учебник. - М.: Медицина, 2007. - 704с.
5. Малая медицинская энциклопедия: В 6-ти т. АМН СССР. Гл. ред. В.И. Покровский.- М. Советская энциклопедия., 2007
6. Оперативная хирургия. / под общей редакцией проф. И. Литтманна. Будапешт. 2007. - 1175с.
7. С.В. Петров. Общая хирургия: учебное пособие. 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005. - 768с.
8. Ю.Ю. Елисеев. Справочник семейного доктора: учебник. - М.: ЭКСМО, 2005. - 1040с.