

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА

Н.А. ПЕТУХОВ, Н.В. БУТАЕВ (Витебск)

С 1960 по 1970 г. в клинике находилось на лечении 8 больных с тяжелыми химическими ожогами пищевода и желудка, осложненных различными патологическими процессами грудной и брюшной полости. Большинство больных поступало в плавные сроки после ожога, в связи с чем изменения со стороны полости рта и глотки отступали на второй план и не являлись ведущими. Возраст больных от 2 до 56 лет, из них детей — 3. Больных мужского пола — 2; женского — 6. Четверо больных получили ожоги в связи с суицидальными побуждениями, поэтому у них количество принятого химического вещества было сравнительно большим, а время начала лечения более поздним. Рубцовые стриктуры и другие осложнения наступили в результате ожога укуской асоацией у 4 больных, техническими кислотами — 2, наветырым спиртом — 1, едкими щелочами — у одного больного.

Указанная группа больных в острой стадии ожога лечилась в терапевтическом или детском отделении разных лечебных учреждений города и районов и после ликвидации явлений шока к интосакации интосиваево доной или переадила для дальнейшего лечения в Гор-клинику или в хирургическую клинику.

У больных имели место следующие осложнения, в основном развившиеся до поступления их в клинику: перфорация пищевода и желудка в раннем периоде ожога — 2 больных, перфорация во время букирования — 4, перифофит и медиа-тинит — 5, пневмония и пмпневмоторакс — 5, перитонит на почве перфорации желудка — 1, флегмона брюшной стенки в зоне гастростомы и перитонит — 1, гнойный паротит — 1. У всех больных имели место воспалительные явления и явления рубцового стенозирования пищевода, интенсивность которых зависела от степени повреждения и давности от начала ожога. Для выявления локализации, степени и протяженности сужения производилось рентгенологическое исследование — рентгеноскопия и —графия пищевода с бариевой взвесью различной консистенции. При подозрении на перфорацию пищевода обычно используем йодлипод. Локализация рубцовых сужений отмечена: в верхней части пищевода — у одного больного, в средней — у 2, нижней у 3 и множественные стриктуры — у 2, главным образом в зонах физиологического сужения пищевода. Следует отметить, что у ряда больных степень сужения и деформации пищевода зависела не только от образования рубцов, а и от вторичного спазма пищевода, как реакция на воспалительный процесс. У больных с выраженным рубцовым сужением пищевода нами отмечено супрастенотическое расширение его, что не выявлено на более раннем этапе исследований, где преобладали отек, набухание, образование грануляций и сопутствующих им ошам.

Клиническая картина перфорации, наступившей в связи с глубоким некрозом стенки пищевода, менее ярко выражена, чем при перфорации, связанной с букированием. Имелась о перфорации пищевода у одной из наших больных возникла в виду общего тяжелого состояния и отсутствия эффекта от проводимой терапии по поводу пневмонии, которая сопровождалась значительным выделением гнойной мокроты, а при рентгеноконтрастном исследовании у нас выявлен пищеводно-трахеальный свищ с забрасыванием содержимого пищевода в оба бронха. Если учесть, что в первом периоде после ожога состояние больных остается сравнительно тяжелым и при отсутствии перфорации пищевода, то следует внимательно оценивать динамику процесса и не

терять мысль о возможной перфорации. Более четко диагностируется перфорация, наступившая во время бужирования. У всех наших больных отмечена типичная картина для этого осложнения: беспокойное поведение больных, боли в груди, одышка, цианоз, тахикардия. В ближайшие часы после перфорации повышалась температура, наступали изменения со стороны крови — лейкоцитов со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, отмечалось затруднение глотания. Диагноз подтверждался рентгенологическим исследованием — параэзофагеальное затекание контрастной взвеси, а нередко и попадание его в плевральную полость. Раскрытие тени средостения при перфорации не характерный и более поздний рентгенологический симптом, наблюдавшийся при развивающемся медиастините.

Как правило, у больных с перфорацией пищевода развивался экссудативный плеврит или пиопневмоторакс. При наличии этого осложнения считаем обязательным условием его успешного лечения применение активной аспирации жидкости и воздуха методом дренирования плевральной полости, так как пункция ее не компенсирует аспирации экссудата и не способствует более быстрому расправлению легкого.

Перфорация пищевода, а также безуспешные попытки бужирования и в связи с этим развивающееся истощение являлись для нас прямым показанием для наложения гастростомы. Мы использовали следующие методы гастростомии: по Кадеру — 2, по Витцелю-Дильву — I, по Охтену — I, по Топроверу с дополнительной мышечной пластикой — I. Важным моментом при операции гастростомии мы считаем наложение ее по возможности выше в сторону кардиального отдела желудка и тщательная фиксация стенки желудка к париетальной брюшине и подлежащей ей поперечной фасции вокруг дренажной трубки в зоне ее выхода через брюшную стенку. Это важно для тех методов, где стенка желудка не выводится наружу, а остается в брюшной полости. Мы убедились, что более целесообразно наложение гастростомии производить через срединную лапаротомию, а

гидродесные трубки трансектально в левом подреберье через дополнительный прокол брюшной стенки. Методом выбора считается гастростомия по Кадеру с использованием катетера Петцера. Важное значение уделяем комплексной терапии у больных с осложненными ожогами: полное прекращение питания через рот при подозрении на перфорацию или при наличии ее, перитонеальное введение кровоостанавливающих (белковых и солевых) растворов, вливание крови и плазмы, введение антибиотиков и витаминов.

После ликвидации грозных осложнений мы приступаем к букированию пищевода. В основном применяем прямое букирование через рот. За 15–20 минут до букирования внутримышечно вводим барбитураты и атропин в возрастной дозировке, что уменьшает неприятные ощущения больного, снимает спазм и способствует более успешному выполнению процедуры. Метод ретроградного букирования более сложен и применялся у одного больного. Успехом считаем расширение пищевода до 28–32 номера буки по шкале Мерзора у маленьких детей и 36–40 номера у взрослых. Сроки повторных курсов букирования устанавливаем индивидуально с учетом рентгенологического контроля и функции глотания. Важным условием, предупреждающим осложнения при букировании, считаем выполнение ее одним врачом, который постепенно изучает особенности патологии и находит наиболее благоприятные пути прохождения зонда-буки. У одной больной букирование не увенчалось успехом, она была отправлена в центральную больницу для пластической операции.

Двое больных умерло — одна в связи с глубокими ожогами пищевода и желудка, осложнившихся пилородуодно-трахеальным свищем, а в последующем флегмоной отенки живота в месте гастростомы и перитонита, и вторая больная умерла от перитонита на почве перфорации желудка. Операция ушивания перфорированной стенки желудка не увенчалась успехом. Остальные больные выжили в состоянии клинического выздоровления.

В заключение следует отметить, что химические ожоги пищевода и желудка — тяжелая патология, дающая высокий процент летальности. Лечение таких больных по поводу шока и интоксикации должно проводиться в ближайшем квалифицированном лечебном учреждении с дальнейшим переводом больного в специализированное учреждение для лечения осложнений и последствий ожога. Буширование пищевода надо начинать в ранних стадиях заклинивания.