

С. М. АВАКЯН

Կ ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА

Химические ожоги пищевода встречаются часто и являются тяжелой патологией с высокой летальностью, что составляет 10—30% [5, 23 и др.]. Вопрос лечения и профилактики рубцовых осложнений химических ожогов пищевода является актуальным и привлекает особое внимание. Об этом свидетельствует обсуждение данной проблемы на XXVII съезде хирургов СССР и широкая дискуссия, которая была открыта на страницах Вестника оториноларингологии с 1963 по 1967 г.

Для лечения химических ожогов пищевода предложены многочисленные методы, однако самым распространенным является метод дренирования и бужирования. Основой дилатационной терапии ожогов пищевода многими исследователями считается бужирование, однако в этом вопросе имеются противоречивые высказывания. Так, например, одни из них [11, 13, 14 и др.] рекомендуют начать бужирование пищевода со 2—3-го дня после ожога, другие [1 и др.]—с 4—6-го, третьи [2 и др.]—с 8—10-го, а некоторые [3 и др.]—с 11—12-го дня.

Нет единого мнения и в вопросе о сроке оставления бужа в пищеводе и о частоте бужирования. Большинство упомянутых авторов предлагает ежедневное бужирование пищевода, другие [2 и др.] считают целесообразным бужирование через день или два раза в неделю. В противоположность последним, некоторые предпочитают многократное бужирование пищевода в течение дня (2—3 раза). Подавляющее большинство указанных исследователей считает необходимым в первые дни после ожога оставлять буж в пищеводе, причем начинать от нескольких минут и постепенно доводить до 2—3 ч. Т. И. Гордышевский [8] предлагает оставлять буж в пищеводе на ночь на более длительное время. Другие [2 и др.] считают необходимым оставлять буж в пищеводе всего на 1—2 или 3—5 мин., полагая, что кратковременное бужирование дает хорошие результаты и легко переносится больными.

Что касается длительности лечения химических ожогов пищевода, то в этом вопросе в литературе отмечается почти полное единогласие. По данным исследователей, лечение должно продолжаться в стационаре минимум 1—2 мес. с последующим амбулаторным длительным бужированием—от нескольких месяцев до одного года и более.

Учитывая отрицательные стороны бужирования, некоторые авторы [16 и др.] предлагают ожоги пищевода лечить дренированием. М. Г. За-

гарских [10] химические ожоги пищевода лечит перитонеальными трубками, А. А. Гладков [6]—бужами из нейлона или из гетерогенной брюшины, Л. Г. Бытченко, Л. Г. Федосьева [4]—дисками, изготовленными из вареного теста.

За последние годы в литературе появились данные, свидетельствующие об эффективных результатах медикаментозного лечения химических ожогов пищевода [7, 9, 12 и др.].

Нами проводились соответствующие наблюдения для сравнительной оценки полученных данных у больных двух групп, лечившихся соответственно ранним бужированием и медикаментозно. В первой группе, где лечение проводилось ранним бужированием, было 209 больных. Все больные независимо от тяжести ожога подвергались бужированию начиная с 6—8—10, а иногда 15-го дня в зависимости от их общего состояния. Буж или желудочный зонд вводился в пищевод ежедневно с постепенным увеличением времени пребывания его в пищеводе, начиная с 30 мин. до 2—2,5 ч. При поступлении больных в стационар производилось тщательное промывание желудка теплой водой с помощью желудочного зонда; назначались антибиотики, симптоматическое лечение и оливковое масло по столовой ложке 3—4 раза в день. В стационаре больные с тяжелой формой ожога лечились в течение 35—60 дней (в среднем 36). Больные с ожогами средней тяжести лечились в течение 16—26 дней (в среднем 20). Все больные независимо от тяжести ожога пищевода после стационарного лечения выписывались с расчетом дальнейшего бужирования в течение 1—2 мес. и дольше.

150 больных с химическими ожогами пищевода второй группы лечились медикаментозно по следующей схеме: в первые 5—10 дней два раза в день, а в дальнейшем до выписки больного по одному разу в день внутривенно вводили 5—10 мл свежеприготовленного 0,5%-ного раствора новокаина. Новокаин больным вводили медленно в течение 2—3 мин. в положении лежа. Одновременно внутрь давали 1—2%-ный раствор новокаина по одной столовой ложке 4—6 раз в день перед едой. Больным назначалось оливковое масло внутрь по одной столовой ложке 6—8 раз, а с 10—12-го дня—4—6 раз в день; производились инъекции стрептомицина, пенициллина в течение 10—15 дней в зависимости от тяжести заболевания. Тяжелым больным, помимо указанного лечения, назначались препараты коры надпочечников—кортизон, преднизолон в таблетках или инъекция гидрокортизона в первые 2—4 дня по общепринятой дозировке. Одновременно проводилось и симптоматическое лечение: сердечные, аналгетики, наркотики, спазмолитики, антитоксическое, а иногда ферментативное лечение (лидаза). Лидаза назначалась с конца третьей недели в тех редких случаях, когда в ходе лечения наблюдались явления дисфагии. В первую неделю назначали жидкую диету, а в последующем постепенно переводили больных на общий стол. В общей сложности лечение по этой схеме длилось для больных со средней тяжестью ожога 20—22 дня, а с тяжелой формой—34—35 дней.

У маленьких детей с химическим ожогом пищевода внутривенное вливание новокаина затруднительно, поэтому мы новокаин вводили внутримышечно с антибиотиками.

При одновременном ожоговом поражении гортани больным, в частности детям до 3 лет, назначались инъекции супрастина внутримышечно два раза в день. Ни в одном случае мы не прибегали к трахеотомии, так как явления стенозирования гортани постепенно проходили.

По возрасту больные распределялись следующим образом: в первой группе до двух лет было 29 больных, до 5—22, от 6 до 10—8, от 11 до 20—34, от 21 до 30—68, от 31 до 40—22, старше 40 лет—26 больных. Во второй группе до 2-х лет было 20 больных, до 5—20, от 6 до 10—4, от 11 до 20—25, от 21 до 30—50, от 31 до 40—20, старше 40 лет—11 больных. Приведенные данные показывают, что химические ожоги пищевода чаще всего встречаются у людей в возрасте от 11 до 30 лет. Видовая характеристика химических веществ приведена в табл. 1.

Таблица 1

Группа больных	Виды химических веществ											
	уксусная кислота	стиральная жидкость	нашатырный спирт	каустическая сода	марганцевые кристаллы	серная кислота	соляная кислота	азотная кислота	аккумуляторная жидкость	10%-ный раствор йода	ацетон	неизвестное вещество
I (209)	111	62	9	6	6	4	3	—	3	—	1	4
II (150)	73	33	15	4	6	8	1	2	—	1	1	6

Из таблицы видно, что химические ожоги пищевода от уксусной кислоты занимают первое место. Далее идут ожоги от стиральной жидкости, нашатырного спирта, неорганических кислот, каустической соды и др.

По срокам поступления больных в больницу установлено (табл. 2), что подавляющее большинство больных обеих групп госпитализировано в первый день после ожога (соответственно 87 и 83%). Позже 10-го дня в I группе принято 4, а во II—I больной.

Таблица 2

Группа больных	Сроки поступления в днях									
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й	10-й и позже
I (209)	182	12	4	3	2	—	2	—	—	4
II (150)	125	18	3	—	2	—	1	—	—	1

Анализ наблюдений у больных с химическими ожогами пищевода показывает, что для тяжести заболевания весьма существенное значение имеет срок, истекший между моментом принятия внутрь едкого вещества и промыванием желудка. Помимо других причин, ожоговая болезнь тяжелее протекала у тех больных, которым промывание желудка производилось позже 30 мин. после отравления. Промывание желудка до 30 мин. после приема внутрь едкого вещества сделано в I группе 15, во II группе 30 больным. Большинству больных первая помощь была оказана до 1—2 ч. (соответственно 128 и 87 чел.). Позже 2—3 ч. промывание желудка было произведено в I группе 66, во II—33 больным.

По тяжести ожоговой болезни больные распределялись следующим образом: в I группе тяжелая форма ожога пищевода установлена у 56, во II—у 37 больных. Со средней тяжестью соответственно было 57 и 66 больных. Легкая форма ожога пищевода была у 96 больных I и у 47—II группы.

Результаты проведенного лечения у больных с химическим ожогом пищевода следующие: несмотря на систематическое и длительное бужирование у 2 больных I группы установлено резкое сужение пищевода, у 2—сужение пищевода и пилорической части желудка, у 2—сужение пилорического отдела желудка. Все они были переведены в хирургическую клинику (гастростомия и гастроэнтероанастомоз). Из 6 оперированных больных 3 умерли. У 6 больных по поводу острого стеноза гортани вследствие ожогового поражения была произведена трахеотомия; из них также умерли 3. Таким образом, из всех оперированных больных I группы поддалось лечению только 6.

Из 150 больных II группы, где лечение проводилось только медикаментами, легкое сужение пищевода установлено у одного больного, которое было устранено назначением лидазы и бужирования в течение 15 дней. В дальнейшем больной свободно принимал всякую пищу. У 2 больных образовался стеноз пилорической части желудка, произведен гастроэнтероанастомоз. Случаев трахеотомии в этой группе не было.

Выписано с хорошими результатами лечения 184 чел. (88,04%) I и 139 чел. (92,66%) II группы. Эффективность лечения проверялась данными эзофагоскопии и рентгенологического исследования пищевода густой бариевой массой. Учитывались также субъективные данные о свободном прохождении через пищевод различной пищи.

Из 209 больных I группы умерло 19 (9,09%), из 150 больных II группы—11 (7,33%): Анализ причин смерти больных показал, что у большинства из них первая медицинская помощь была оказана поздно, т. е. после химического ожога спустя 2—3 и более ч. Также установлено, что две трети больных умерли в первые два дня после ожога (из 30 больных—20). У всех этих больных имелась тяжелая форма ожога пищевода с резко выраженной интоксикацией. Большую летальность в первые дни после ожога можно связать с шоковым состоянием больных и выраженной интоксикацией вследствие приема внутрь большого коли-

чества прижигающего вещества, в частности уксусной кислоты (от 100,0 до 200,0).

Проведенные наблюдения у больных с химическим ожогом пищевода в двух группах, леченных двумя способами, позволяют сделать следующие выводы:

1. В лечении химических ожогов пищевода наряду с общепринятым методом бужирования рекомендуется медикаментозный метод, эффективность которого неоспорима (по нашим наблюдениям, соответственно 88,04 и 92,66%).

2. Медикаментозное лечение химических ожогов пищевода в 2—2,5 раза сокращает сроки лечения и временную нетрудоспособность больных.

3. Медикаментозное лечение больных с химическим ожогом пищевода легко переносимо и избавляет больного от травмирования, которое неизбежно при бужировании.

4. Бужирование при химических ожогах не во всех случаях предупреждает рубцовое сужение пищевода.

ЛОР клиника

Ереванского медицинского института

Поступило 20/VII 1968 г.

Ս. Մ. ԱՎԱԳՅԱՆ

ՈՐԿՈՐԻ ՔԻՄԻԱԿԱՆ ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՐՅԻ ՇՈՒՂՁ

Ա մ փ ո փ ու մ

Որկորի քիմիական այրվածքներով երկու խումբ հիվանդներ բուժվել են տարբեր եղանակներով: Առաջին խմբի 209 հիվանդներ բուժվել են բուժ անցկացնելու մեթոդով, իսկ 150 հիվանդ՝ դեղամիջոցներով, առանց բուժի:

209 հիվանդից վեցի մոտ առաջացել է որկորի և ստամոքսի պիլորուսի ստենոզ, 19 հիվանդ մահացել է (9%), վեցի մոտ կատարվել է տրախեատոմիա սուր ստենոզի պատճառով: Կալ արդյունքներով դուրս է գրվել 184 (88,04%) հիվանդ:

Երկրորդ խմբի 150 հիվանդից երկուսի մոտ առաջացել է ստամոքսի պիլորուսի ստենոզ, մեկի մոտ՝ որկորի թեթև ստենոզ, 11 հոգի մահացել են (7%) և 139 (92,66 տոկոս) հիվանդ դուրս է գրվել լավ արդյունքներով:

Բերված տվյալները ցույց են տալիս, որ որկորի քիմիական այրվածքների դեղորայքային բուժումը, համեմատած մյուս մեթոդի (բուժ անցկացնելու մեթոդ) հետ, ունի բավականին առավելություններ և տալիս է բուժման դրական արդյունքներ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Акатова Г. В., Грундмане Р. Я. Сборник научных работ Республиканской клинической больницы им. Страдыня, I. Рига, 1960, стр. 259.
2. Биезинь А. П. Химические ожоги пищевода у детей. М., 1966, стр. 69.
3. Бороздина А. В. Вестник оториноларингологии, 1965, 6, 53.

4. Бытченко Л. Г., Федосьева Л. Г. Журнал ушных, носовых, горловых болезней, 1965, 3, стр. 69.
5. Владикин Б. В. Русский врач, 1912, 38, стр. 1621.
6. Гладков А. А. Журнал ушных, носовых, горловых болезней, 1962, 2, 92.
7. Глотов В. А. Труды Омского медицинского института, 35, 1962, стр. 435.
8. Гордышевский Т. И. Советская медицина, 1946, 7, стр. 21.
9. Диллон Я. Г. Советская медицина, 1938, 5, стр. 23.
10. Загарских М. Г. Труды Кишиневского медицинского института, XIII. Кишинев, 1960, стр. 11.
11. Рассудов П. М. Вестник оториноларингологии, 1945, 4, стр. 23.
12. Ярославский Е. И. Тезисы докладов III межобластной конференции оториноларингологов. Л., 1959, стр. 44.
13. Alksnis J. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1925, 193, 3/6, 378.
14. Bokay J. Zeitschrift für Hals-Nasen und Ohrenheilkunde, 1924, 9, 534.
15. Heindl A. Wiener Klinische Wochenschrift, 1926, 44, 1269.
16. Zippel R. Hals-Nasen-Ohrenheilk., 1958, 6/10, 293.