

Корозивен езофагит

Химическите увреждания на хранопровода в детската възраст са резултат от неволно поглъщане на неправилно съхранявани битови химикали. От химическите агенти на първо място са основите (сода каустик, препарати за домакинството) и органичните киселини (сярна, солна и азотна).

Патогенеза

Локализацията и размера на поражението зависят от количеството, вида, вискозитета и концентрацията на корозивното вещество. Основите причиняват дълбока (коликвационна) некроза и поразяват най-силно фарингса и хранопровода, по-рядко стомаха. Киселините причиняват повърхностна (коагулационна) некроза и поради това преминават бързо в стомаха, където увреждат редимно пилоро-антралната област.

Класификация

Различават се четири степени на патоморфологични промени:

I степен – хиперемия и едем на лигавицата

II степен – хиперемия и разязвявания на лигавицата, на места до субмукозния слой, покрити с нежен фибринов налеп.

а - измененията засягат предимно задната стена на хранопровода

б - измененията обхващат цялата циркумференция на езофагеалния лумен

III степен – обширни циркулярни разязвявания с участъци на некроза на лигавицата, които на места проникват през мускулния слой. покрити с плътен мръсно-белезникав налеп.

IV степен - Трансмурална (некротична) перфорация на хранопровода.



Езофагит II степен



Езофагит III степен

Стадии на корозивната болест

Първи стадий – ранен или остър (от 1 до 4 ден). В началото е налице различен по интензитет възпалителен процес с ерозии и хеморагии. Поради тромбоза на субмукозните съдове след 48 час се развиват локални некрози и гангрени, а бактериалната контаминация води до множество микроабсцеси.

Втори стадий – подостър (от 5 до 20 ден) Разделя се на две фази:

1. Фаза на демаркиране – некротичните участъци отпадат, едемът намалява, започва неоваскуларизация.

2. Фаза на грануляционно разрастване – след 12 ден започва фибробластна пролиферация с отлагане на колаген и заместване на унищожените участъци от субмукозата и мускулния слой. На този етап се оформя стеснението на лумена на хранопровода.

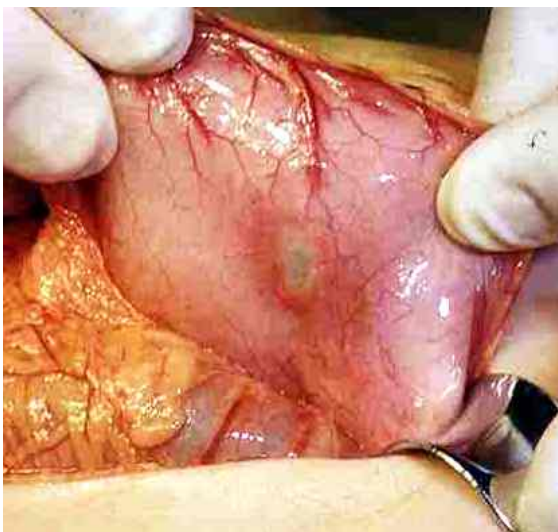
Трети стадий – късен или цикатрициален (след 21 ден). Започва епителизацията на мукозата, засилват се фибро-склеротичните процеси и се развива различна по степен ръбцова стриктура.

Корозивните изменения на стомаха имат 3 степени:

I степен – иритативно-ерозивни изменения на лигавицата

II степен – улцеро-хеморагични изменения

III степен – некроза на стомашната стена



II степен – язва



III степен - некроза

Клинична картина

Симптомите при корозивната интоксикация зависят от тежестта на увредите. Детето изпитва остра пареща болка в устата, има болезнено и затруднено гълтане. Получава позиви за повръщане, като в повърнатите материи може да има примеси на кръв. В най-тежките случаи детето изпада в шоково състояние.

При първичния преглед могат да се установят изгаряния по ръцете, тялото и лицето, както и периорални разязвявания. В голям процент има еритем, едем и некрози по устните, езика и орофаринкса. Налице е обилна саливация. Има опасност от едем на ларинкса или белодробен оток.

При изгаряне от III степен водещи са проявите на шока. Детето има болки в устата, зад гръдната кост и в епигастриума. Установява се затруднено и болезнено гълтане, обилна саливация, а нерядко – хематемеза. В първите дни се засилва резорбтивната интоксикация, към която се добавя ранева инфекция. В тежките случаи се развива картината на полиорганни увреди.

В подострия стадий настъпва период на “мнимо благополучие” , изчистване на повърхностите крусти от изгарянето. С разрастването на гранулациите и на фибро-склеротичните промени отново се появяват дисфагични оплаквания. В този период при демаркацията на некрозите е възможно развитието на пълзящ остър медиастинит или некротична перфорация на хранопровода.

В късния стадий се оформя ригидна фиброзна стриктура. Храненето е изключително затруднено, детето бързо хипотрофира.

Диагноза

При всяко съмнение за корозивна интоксикация с агресивен химикал детето се хоспитализира и се извършва спешна фиброезофагоскопия. С нейна помощ се оценяват приблизително локалните увреди, което обуславя и лечебната тактика. В някои случаи не се откриват вътрешни изменения, въпреки че по лицето и устната кухина има белези на корозивното въздействие.

Рентгеновото изследване на белия дроб се прави при съмнение за инхалация или аспирация. Ако има данни за некротична перфорация на хранопровода се прави перорално рентгеноконтрастно изследване. Изследват се още рН на погълнатото вещество.

Лечение

Доболничната помощ включва внимателно изплакване на устата на детето, даване на неутрализиращи разтвори (разреден оцет при основи или прясно мляко при киселини). Внимателно се поставя стомашна сонда за

евакуиране на съдържимото. Всяко насилствено предизвикване на повръщане може да задълбочи пораженията.

Лечебна тактика

В острия стадий

При изгаряне от I степен не се налага специфично лечение. Пораженията отзвучават за една седмица. Децата с изгаряне от II и III степен се приемат в хирургично или интензивно отделение. Назначават се венозни вливания, антибиотици, витамини, кортизонови препарати, кръвоспиращи, кардиотоници и антиацидни средства. При ендоскопското изследване се поставя дебела назо-гастрална сонда (18 – 22 СН), която служи за шиниране на хранопровода и сондово хранене.

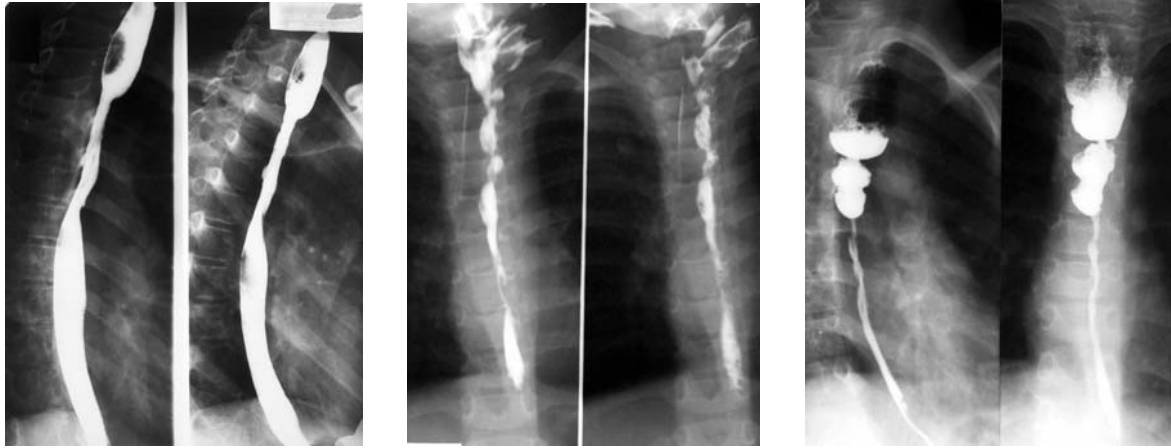
В случаите на тежко комбинирано изгаряне на хранопровода и стомаха се прави лапаротомия, ревизия на стомаха и гастростомия. При некроза на стомаха – съответна по обем резекция, а при данни за некроза на хранопровода – екстирпация.

В подострия стадий

Продължава активната реанимация. На 14-ия ден се извършва контролно ендоскопско изследване и контрастна езофагография.

- При изгаряне от II степен пораженията на хранопровода са отзвучели. Антибиотиците, кортикостероидите и вливанията се спират, дават се антиацидни средства и мукопротектори. Детето се изписва на 3 – 4 седмица. При нужда се правят няколко профилактични дилатации.

- При изгаряне от III степен се преценяват индикациите за извършване на хранителна гастростома, през която да се провеждат дилатациите по конец (ретроградно бужирание). Ако корозивните изменения са ограничени, се започва ранно бужирание директно през устата. След започване на дилатациите има опасност от развитие на остър медиастинит и некротична перфорация на хранопровода.



Видове хронични посткорозивни стриктури на хранопровода

В хроничния стадий

Дилатациите на хранопровода с бужове № 20 – 50 СН по схема:

Първите два месеца – два пъти седмично
Следващите 2 месеца – веднъж седмично
Следващите 2 месеца – веднъж на две седмици
До края на лечението – веднъж месечно

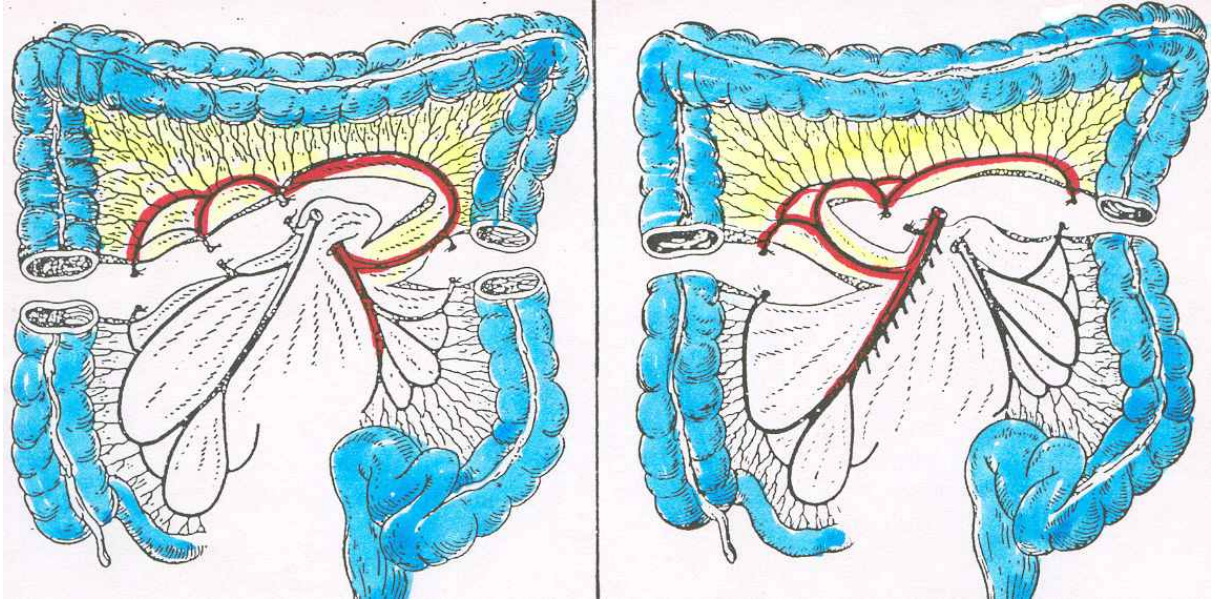
Тази последователност търпи промени в зависимост от общия и локален статус. На 6 – 8 месец от началото на дилатациите детето се изследва за гастро-езофагеален рефлукс, което е едно типично усложнение при корозивната болест. При показания се извършва антирефлуксна пластика по Nissen.



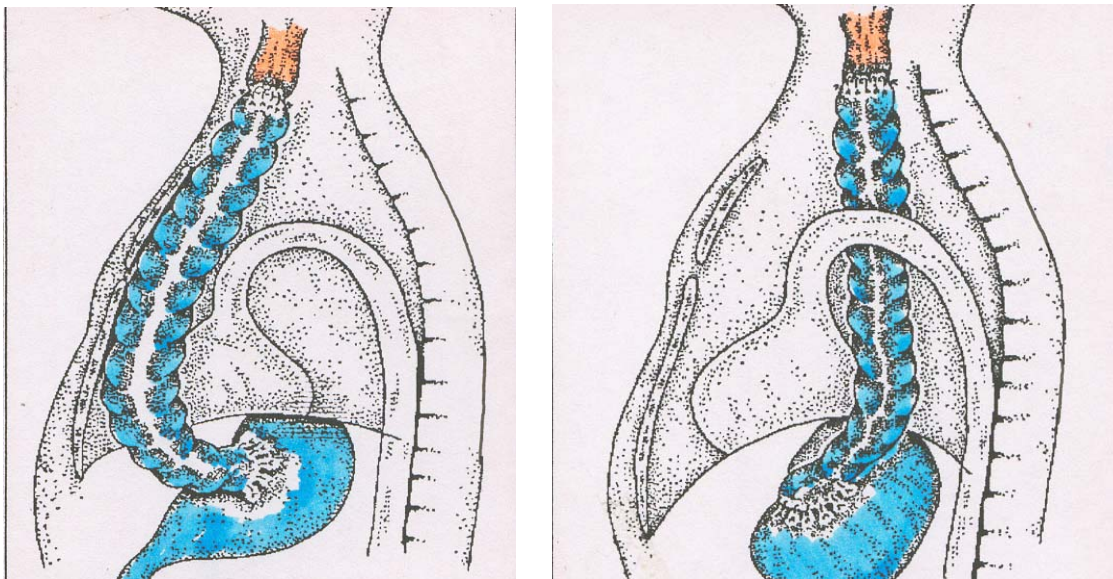
Вторичен брахиэзофаг с херниране на стомаха

При липса на ефект от дилатациите, или след екстирпация на хранопровода вследствие перфорация или медиастинит, се пристъпва към пластика със стомах или дебело черво. Съществуват няколко основни техники:

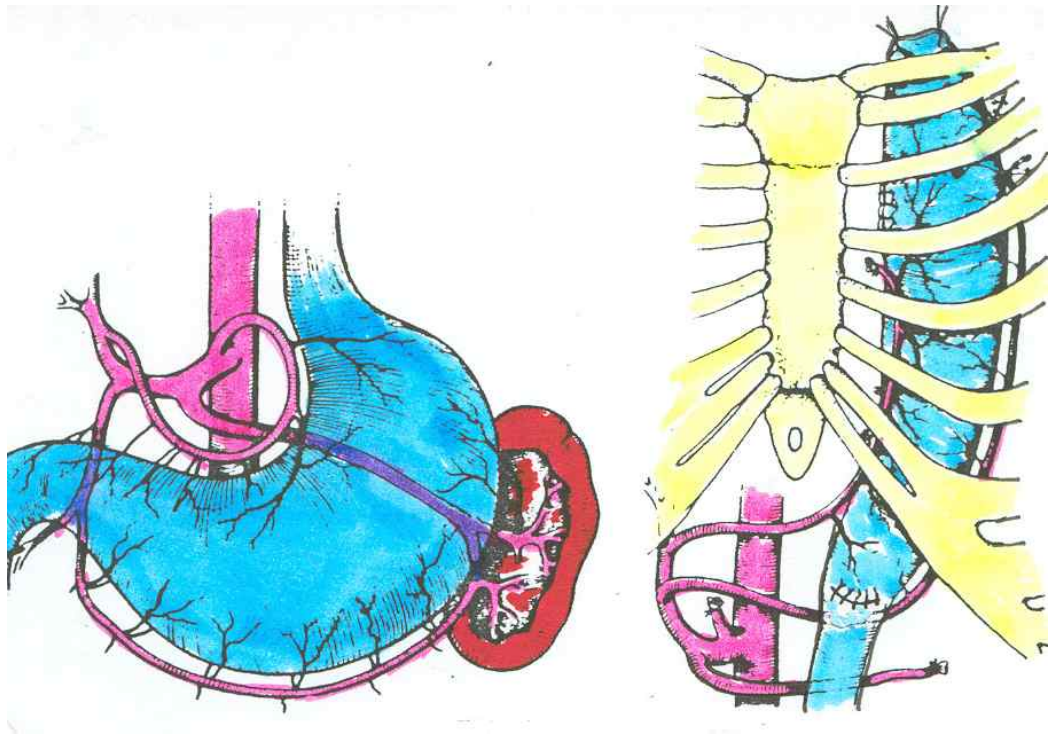
1. Предна (ретростернална транспозиция) на дебелото черво – без екстирпация на хранопровода или след първична езофагектомия.
2. Задна (трансмедиастинална) транспозиция на дебело черво или стомах с едновременна трансхиатална екстирпация на хранопровода.



Вид на дебелочревния трансплантат – с използване на лявата или дясната колична артерия като хранещ съд



Ретростернална и задномедиастинална транспозиция на колона



Гастропластика с цял стомах



Контрастна рьо-графия: Предна и задна колоезофагопластика



Пластика с цял стомах