

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ №1

Тема: «ОЖОГИ ПИЩЕВОДА»

Ташкент – 2007

Тема № 3

1. ОЖОГИ ПИЩЕВОДА

2. Цель занятия.

Обучить студентов самостоятельной постановке раннего диагноза в первичном звене здравоохранения в зависимости от формы заболеваний и возраста детей.

3. ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ:

Обучение студентов:

1. этиологии, патогенезу, классификации, клинической картине заболеваний.
2. Правильно выявить жалобы, собрать анамнез,
3. Уметь исследовать детей с подозрением на ожоги пищевода /осмотр, пальпация, перкуссия, лабораторные методы исследования/.
4. Назначить методы обследования
5. Установить клинический диагноз заболевания
6. Проводить дифференциальную диагностику от других заболеваний
7. Знать принципы консервативного и оперативного лечения

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

Этиологию, патогенез, классификацию, клинику, основные лабораторные и инструментальные методы исследования, принципы терапии и возможные осложнения в процессе бужирования пищевода оказание экстренной хирургической помощи и виды хирургических операций в зависимости от причины вызвавший ожог пищевода и протяженности стриктуры, реабилитация в послеоперационном периоде.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. Определить ожоговый агент
2. Установить предварительный диагноз (глубина, протяженность, степень ожога).
3. Контрольное исследование
4. Ларингоскопия, эзофагоскопия
5. Интерпретация рентгенографии, лабораторных исследований
6. Первая помощь, зондирование пищевода.

4. ТЕОРИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Ожоги пищевода возникают при случайном проглатывании горячей жидкости, едких химических веществ, в состав которых входит кислота или щелочь. Щелочи глубже проникают в ткани. Вызывают боли глубокие поражения.

Различают 3 степени ожогов пищевода.

Легкая 1 степень. Сопровождается отеком, гиперемией с повреждением поверхностных слоев. Отек спадает на 3-4 сутки, эпителизация ожоговой поверхности заканчивается к 7-8 дню.

Средняя 2 степень характеризуется более глубоким поражением слизистой оболочки некрозом ее эпителизационной выстилки, образованием фиброзных наложений. Заживление в течение: 1 ½ путем эпителизации или образованием нежных рубцов.

Тяжелая 3 степень проявляется некрозом, который захватывает подслизистые и мышечные слои с образованием долго неотторгающихся /2 нед./ струпов. После их отторжения выявляются язвы с замещением рубцами.

В первые 3-4 дня клиника обусловлена острым воспалительным процессом – повышение температуры. Беспокойство. Саливация. Дисфагия. Иногда развивается отек гортани – возникает одышка. Стенотическое дыхание. С 5-6 дня состояние улучшается, температура снижается. Саливация и дисфагия исчезают. Становится возможным питание через рот. При нелеченных ожогах 3 степени с 4-6 недели, после мнимого благополучия появляются

симптомы нарушения проходимости пищевода. В запущенных случаях возникает дегидратация и истощение.

ЗАДАНИЕ №1 – Диагностика

Первая помощь – дают много жидкости или молока. Вызывают рвоту. В зависимости от тяжести состояния – внутривенное введение растворов глюкозы, плазмы. Антибактериальная терапия с постоянной санацией полости рта слабыми антисептическими растворами. Питание жидкой пищей.

Диагностическая эзофагоскопия – производится на 4-5 день после ожогов.

При 1 степени – гиперемия отек слизистой оболочки.

При 2 степени – фибринозные наложения,

При 3 степени – фибринозные наложения или грануляции, язвенные поверхности.

Эзофагоскопия **Цель:** Диагностика степени ожога пищевода. Осмотр внутренней поверхности пищевода на всем его протяжении.

Показания: ожоги пищевода, рвота, дисфагия, **Оснащение:** Фиброэзофагогастроскоп, эндоскопический стол, лидокаин, спрей, шприц.

Методика проведения:

1. Исследование проводят в первой половине дня натощак.
2. В шприц набираем раствор лидокаина и инстилируем глотку.
3. Через 5 мин. положение больного лежа на левом боку.
4. Вводим конец фиброскопа через ротовую полость, глотку до входа в пищевод.
5. Под визуальным контролем, инсуфлируя воздух продвигаем фиброскоп по пищеводу, осматриваем стенки пищевода (бледно-розовый цвет, гладкая, блестящая слизистая, сосудистый рисунок хорошо прослеживается).
6. Далее продвигаем фиброскоп через кардиальный сфинктер в желудок. Видная четкая демаркационная линия на стыке перехода многослойного плоского в яркий цилиндрический эпителий желудка.
7. Инсуфлируя воздух, осматриваем стенки желудка до пилорического сфинктера.
8. В обратном порядке удаляем фиброскоп.

ЗАДАНИЕ №2 – Лечение

1. Лечение - Раннее бужирование – через день после диагностической эзофагоскопии.

При рубцовом сужении – наложение гастростомы, бужирование под контролем нити.

Рубцовая непроходимость – пищевода полная и длительная непроходимость пищевода даже для слюны. Лечение эзофагопластика.

ЗАДАНИЕ №3 – Выписывание рецептов

1. Ребенку 2 года

Rp : Альмагель А -200 мл

Dtd № 1 in flac

S. По 1члх3 раза в день до еды 2 недели

2. Ребенку 2 года (10 кг)

Rp : Penicillini 1mln

Dtd № 10 in ampull

S. В/м по 250тысЕд. х 4 р. в день 8 дней.

3. Ребенку 2 года (10кг)

Rp : Prednizoloni 25 mgr

Dtd № 2 in amp

S. По 0,3 мл (7,5 мгр) х2 раза в день (6-11-14 часов) 3 дня

4. Ребенку 2 года

Rp : S. Ylucosae 10% - 100.0 ml

Dtd № 6 in flac

S. По 200,0 мл.вв2 в день 3 дня.

Задание № 5 Дифференциальная диагностика

6. ТЕСТЫ

Тесты

Преподава-
тельские заметки

1. Из ниже перечисленных веществ не дает ожогов пищевода, требующих специального лечения:

В

А. Марганцево-кислый калий.

Б. Нашатырный спирт.

В. Кипяток.

Г. Конторский клей.

Д. Уксусная эссенция

2. Из ниже перечисленных веществ не дает ожогов пищевода требующих специального лечения:

Г.

А. Уксусная эссенция.

Б. Едкая щелочь.

В. Перекись водорода.

Г. Нашатырный спирт.

Д. Марганцево-кислый калий.

3. Из ниже перечисленных веществ не дает ожогов пищевода, требующих специального лечения

Г

А. Нашатырный спирт.

Б. Ацетон.

В. Уксусная эссенция.

Г. Конторский клей.

Д. Марганцево-кислый калий.

4. Ребенок выпил глоток уксусной эссенции и сразу поступил в стационар. Ему следует произвести промывание желудка:

А

А. Щелочным раствором.

Б. Подкисленным раствором.

В. Холодной водой.

Г. Водой комнатной температуры.

Д. Горячей водой.

5. Ребенок выпил глоток едкой щелочи. Промывание желудка ему следует произвести:

Г

А. Холодной водой.

Б. Водой комнатной температуры.

В. Горячей водой.

Г. Подкисленным раствором.

Д. Щелочным раствором.

6. Больной поступает в стационар с подозрением на ожог пищевода. Диагностическую эзофагоскопию ему можно провести:

А

А. На 1-2 сутки.

Б. На 3-4 сутки.

В. На 5-6 сутки.

Г. На 10-е сутки

Д. На 12 сутки.

7. При свежем ожоге пищевода следует отдать предпочтение:

А. «Слепому» методу бужирования.

- Б. Через эзофагоскоп.
 В. За нитку. Б
 Г. Ретроградному бужированию.
 Д. Не бужировать.
8. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода обнаружен А
 небольшой отек и гиперемия слизистой. Это соответствует:
 А. Первой - легкой степени ожога.
 Б. Второй - средней степени ожога.
 В. Третьей - тяжелой степени ожога.
 Г. Нет ожога.
 Д. Четвертой степени ожога.
9. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется яркая Б
 гиперемия слизистой выраженная отечность и фибриновые
 наложения. Это соответствует:
 А. Легкой степени ожога.
 Б. Средней степени ожога.
 В. Тяжелой степени ожога.
 Г. Нет ожога.
 Д. Очень тяжелой степени ожога.
10. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется
 картина циркулярных фибриновых наложений, стенка пищевода по
 снятию фибрина кровоточит. Это соответствует:
 А. Легкой степени ожога.
 Б. Средней степени ожога. В
 В. Тяжелой степени ожога.
 Г. Нет ожога.
 Д. Очень тяжелой степени ожога.

7. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационные задачи.

Заметки преподавателя

Ожог пищевода.

Диагноз: Ожог гортани
и пищевода.

1. Ребенку 3 г. Со слов матери выпил каустическую соду за час до поступления. Ребенок при поступлении беспокойный, при осмотре ротовой полости наблюдается гиперимированная и отечная слизистая повышенная саливация. Ваш предварительный диагноз? Тактика врача.

Промыть слабым,
подкисленным
раствором.

Ребенку 5 лет. Поступил в стационар с диагнозом химический ожог пищевода 2-3 степени. Из анамнеза неделю назад дома выпил уксусную кислоту по поводу чего обратились в Районную больницу и до поступления к нам лечились там же.

Консервативное
лечение - Бужирование
пищевода.

Ваша дальнейшая тактика?

2. Год тому назад ребенок получил ожог пищевода с уксусной кислотой. Поставлен диагноз химический ожог пищевода 3 ст. По поводу чего наложена гастростома для этапного бужирования по нити. Этапность бужирования не нарушал, но после бужирования через месяц отмечается болезненность при проглатывании твердой пищи. Бужирование повторяется через 15-20 дней. Ваша дальнейшая тактика? Бужирование пищевода по нити.
3. Ребенок 5 лет. Месяц назад получил ожог пищевода. При эзофагоскопии отмечается сужение средней трети пищевода 0,2-0,3 см. При контрастном исследовании пищевода отмечается сужение средней трети и супрастенотическое расширение пищевода. Ваш диагноз и дальнейшая тактика. Рубцовое сужение пищевода. Бужирование пищевода.
5. Ребенку поставлен диагноз послеожоговое рубцовое сужение пищевода 2-3 ст. По поводу чего проводилось бужирование до возрастных норм. Ребенок выписан домой, с рекомендацией обратиться через 1 мес. для этапного бужирования. Но через 2 нед. ребенок поступил повторно с жалобами затруднения проходимости твердой пищи. Чем заключается ошибка врача и ваша тактика лечения? Нарушено этапность бужирования. Необходимо бужирование пищевода.

8. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ.

1. Особенности ожогов при различных химических веществах /щелочей, кислот/.
2. Клиническая картина при различных степенях ожогов пищевода.
3. Проведение диагностической эзофагоскопии (сроки методика).
4. Картина при эзофагоскопии при различных степенях ожогов пищевода.
5. Дифференциальная диагностика ожогов пищевода.
6. Виды лечения ожогов пищевода.
7. Методика проведения бужирования.
8. Возможные осложнения нелеченных ожогов пищевода

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ

«Тур по галерее»

1. Выбор темы: «Ожог пищевода 3 степени, клиника, диагностика, лечение».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Студенты группируются по 2-3 человека.
4. Каждая подгруппа в течение 10 мин. записывает свое суждение и обменивается листами.
5. Одна группа должна оценить ответ второй группы и если ответ неполный, предложить свой вариант.
6. По окончании работы ответ обсуждают все участники и выбирают наиболее правильный ответ, который записывается в тетради каждым участником.
7. По окончании обсуждения педагог оценивает участие каждого студента.
8. Длительность проведения тура по галереи от 30 до 40 мин.

10. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

1. Основные причины, вызывающие ожоги пищевода.
2. Расскажите основные звенья в патогенезе ожога пищевода.
3. Какие существуют степени тяжести ожога пищевода?
4. Укажите механизм воздействия кислот, щелочей на слизистую пищевода.
5. Какие диагностические методы исследования показаны для постановки диагноза.
6. Расскажите клиническую картину ожога пищевода в зависимости от степени тяжести.
7. Первая медицинская помощь при ожогах пищевода.
8. Укажите основные принципы лечения в зависимости от степени ожога.
9. Какие возможные осложнения возникают после клинических ожогов.
10. Укажите основные клинические симптомы перфорации пищевода.
11. Когда необходимо провести профилактическое бужирование пищевода в зависимости от степени.