

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

В.Г. Сенцов, Э.К. Николаев, А.В. Кириченко, С.Ю. Медведева

г.Екатеринбург

Актуальность проблемы. Острые отравления прижигающими жидкостями и сегодня остаются одной из наиболее актуальных проблем клинической токсикологии (Лужников, 1982; Лужников, Костомарова, 1989; Лорченко, 1998; Селянин с соавт., 1998; Носуля, Дружинин, 1998). В структуре городского и областного токсикологического центра острые отравления прижигающими жидкостями составляют в среднем 13 – 14% и 9 – 10% (Кириченко, Зайковский с соавт, 1998, Мячкова Л.П. с соавт, 1998).

На наш взгляд большое значение в диагностике и лечении больных с прижигающими жидкостями играет эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) в сочетании с гистологическим исследованием состояния слизистой пищеварительного тракта. Эти исследования позволяют подтвердить или исключить прижигающий эффект при отравлении, судить с высокой степенью достоверности о глубине и площади поражения, диагностировать желудочно-кишечное кровотечение, установить его источник, а при необходимости проводить и какие-то лечебные мероприятия.

Материалы и методы. Эндоскопическое исследование выполнялось в срочном порядке больным с отравлениями прижигающими жидкостями после выведения их из состояния экзотоксического и болевого шока, купирования часто сопутствующих состояний алкогольного опьянения или психомоторного возбуждения. Осмотр выполнялся по традиционной методике под местной анестезией ротоглотки 2% раствором лидокаина после адекватного обезболивания пациента. Для ЭГДС использовались эндоскопы "ПУЧОК" МТ-11, ГД-Б-ВО-4, "OLYMPUS" GIF-Q20, "FULNON" UGI-FP3 и педиатрический панэндоскоп "FULNON" UGI-PE7. Биопсия слизистой оболочки выполнялась щипцами FB-24K фирмы "OLYMPUS". Биоптаты фиксировались в 10% растворе нейтрального формалина. Срезы окрашивали гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону.

Результаты. Всего выполнено 663 исследования 609 больным с указанием на отравление ПЖ. Мужчин было 328, женщин - 281. Состав по полу и по возрасту представлен в табл 1.

Таблица 1

Структура отравлений прижигающими жидкостями по полу и возрасту

Пол	до 20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61-70 лет	71-80 лет	старше 80	Итого
Муж	12	43	79	94	56	31	10	3	328
Жен.	32	45	55	47	39	24	26	13	281
	44	88	134	141	95	55	36	16	609

Случайный характер отравления имел место в 344 случаях (56,5%), преднамеренный - в 265 случаях (43,5%).

Наиболее частым прижигающим агентом была уксусная кислота - 407 случаев (66,8%), в 51 случае (8,4%) отравляющим веществом был нашатырный спирт, в 40 (6,6%) - минеральные кислоты и кислотный электролит, в 28 - перекись водорода, в 8 - минеральная щелочь, в 40 - прочие вещества, обладающие прижигающим действием. В 35 случаях прижигающий агент остался неизвестен.

Изменения в пищеводе и желудке, выявленные в результате ЭГДС, на основании визуального осмотра представлены в табл. 2.

Таким образом, поражение пищевода тяжелой степени, сформулированное эндоскопистом как некротическое, язвенно-некротическое, язвенное, язвенно-геморрагическое, фибринозно-язвенное и фибринозное выявлено в 236 случаях (38,7%). Поражение средней степени тяжести, эндоскопически диагностированное как эрозивное, эрозивно-геморрагическое и геморрагическое, установлено в 185 случаях (30,4%). Легкий ожог диагностирован в 73 случаях (12,0%). В 109 случаях (17,9%) поражения пищевода не выявлено.

Таблица 2

Изменения в пищеводе и желудке, выявленные при эзофагогастродуоденоскопии

Поражение	Пищевод	Желудок
Некротическое	19	25
Язвенно-некротическое	18	30
Язвенное	121	55
Язвенно-геморрагическое	3	22
Фибринозно-язвенное	30	10
Фибринозное	45	5
Эрозивное	175	81
Эрозивно-геморрагическое	7	48
Геморрагическое	3	68
Катаральное	73	191
Изменений нет	109	65
Зона не осмотрена	6	9

Таблица 3

Результаты эндоскопической и морфологической оценки слизистой оболочки пищевода и желудка 28 больных с отравлениями прижигающими жидкостями (28 комплексов биоптатов слизистой оболочки пищевода и 22 комплекса биоптатов слизистой оболочки желудка)

Поражение	Изменения в пищеводе		Изменения в желудке	
	по данным ЭГС	по данным биопсии	по данным ЭГС	по данным биопсии
Язвенное, некротическое	18	21	7	10
Эрозивное	6	4	5	10
Катаральное	4	3	10	2

В желудке ожог тяжелой степени выявлен в 147 случаях (24,1%), средней степени тяжести - в 197 случаях (32,3%), легкой - в 191 случае (31,4%). Химического ожога слизистой оболочки желудка не было обнаружено в 65 случаях (10,7%).

В подгруппу для морфологического контроля диагноза было включено 28 больных с химическими ожогами различной степени тяжести с различными сроками с момента отравления. Из пищевода биоптаты были взяты у всех больных, из желудка - у 22 больных. Полученные данные представлены в табл. 3.

Обсуждение. Согласно отечественным литературным данным тяжелая степень химического ожога выявляется в 9,7-34% случаев [1,2,3]. Лишь в одной работе мы нашли указание на 41,7% тяжелых химических ожогов пищевода [4]. По нашим данным тяжелый ожог пищевода выявлен в 38,7%. Проанализировав результаты гистологического исследования, мы не обнаружили ни одного случая гипердиагностики химического ожога пищевода тяжелой степени и считаем, что такое, достаточно высокое, количество случаев является специфическим для нашего региона.

Сопоставив имеющиеся эндоскопические заключения, полученные на основании визуального осмотра, и результаты морфологического исследования 50 комплексов биоптатов мы выявили 6 случаев прогностически значимых расхождений (12%). В трех случаях эндоскопически в пищеводе диагностирован эрозивный эзофагит, при гистологическом исследовании выявлено язвенное поражение. Аналогичное расхождение заключений один раз имело место в желудке. Дважды при эндоскопическом диагнозе катарального гастрита морфологически выявлено язвенное поражение. Следует отметить, что в пяти случаях из шести ошибки были допущены при эндоскопии, выполненной в те-

ние первых суток с момента отравления. Наиболее вероятной причиной этого следует считать отставание макроскопических, визуально определяемых эндоскопистом, изменений от изменений, уже случившихся на клеточном уровне, которые оценивает врач морфолог. Выявление подобного рода особенности привело к более сдержанному применению ЭГДС в первые сутки после отравления.

Так же обращает внимание 6 случаев гиподиагностики эрозивного поражения желудка при первичной ЭГДС. Считаем это связанным с тем, что эрозии, выявленные микроскопически, могут просто не обнаруживаться визуально в силу своего мелкоочагового диффузного характера. Установление данного факта заставило нас более внимательно оценивать слизистую оболочку желудка и определять эрозивное поражение даже при отсутствии очаговых наложений фибрина и явных дефектов слизистой на основании выраженного отека и рыхлости слизистой оболочки, легкой контактной кровоточивости.

Выводы

1. Значительный удельный вес тяжелых поражений пищевода при отравлениях ПЖ (38,7%) характерен для г. Екатеринбурга
2. ЭГДС является высокодостоверным способом диагностики распространенности и глубины химического поражения ВОЖКТ.
3. Применение ЭГДС в течение первых суток с момента отравления может быть причиной серьезной диагностической ошибки, вследствие отставания макроскопической, визуально определяемой, картины от фактических деструктивных изменений.
4. Эрозивное поражение слизистой оболочки желудка может наблюдаться при отсутствии очаговых фибринозных наложений и явных дефектов слизистой оболочки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лукаш И.Л., Синев Ю.В., Лужников Е.А., Акимова А.Я., Кованев А.В. Результаты местного лечения через эндоскоп химических ожогов пищевода медицинскими клеями. – Хирургия, 1989, № 10, с. 55–59.
2. Разумов А.А., Щербаков Д.В., Мингазов И.Т., Лазовой В.М. Опыт лечения химических ожогов у детей. – Клиническая хирургия, 1986, № 6, с. 43–45.
3. Синев Ю.В., Кованев А.В., Лужников Е.А., Волков С.В., Соколинский А.В., Лукаш И.Л. Местное лечение химических ожогов пищевода через эндоскоп методами лазеротерапии и клеевой аппликации. – Вестник хирургии, 1990, № 11, с 62-65.
4. Синев Ю.В., Лужников Е.А., Волоцков В.И., Лукаш И.Л. Эзофагогастроудоденоскопия при химических поврждениях верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. – Хирургия, 1987, № 11, с.29–35.