***История болезни***

***Клинический диагноз:*** Химический ожог пищевода, тотальный, 2–3 степени; Желудка-1 степени; губ, рта, ротоглотка-1–2 степени. Жидкость «Факир». Перфорация нижней трети пищевода.

***Жалобы, предъявляемые больным***

На момент курации больной и его мама жалоб не предъявляют.

***История настоящего заболевания:***

Со слов матери, в 15.00 11 февраля ребенок выпил химический реагент «Факир», сразу появился сильный отек губ и слюнотечение.

Мать с ребенком обратились в ЦРБ по месту жительства: было проведено промывание желудка, введен супрастин, преднизалон.

11.02.2010 (18.55) больной поступил из ЦРБ с предварительным диагнозом: Ожог готоглотки, ожог пищевода.

**Анамнез жизни**

*Внутриутробный период и период новорожденности:*

Ребенок от I беременности, протекавшей на фон токсикоза в I триместре, угрозой выкидыша на раннем сроке. Роды I срочные незрелым плодом. Преждевременное отхождение околоплодных вод.

– вес при рождении 3100 гр;

– рост 51 см

– закричал сразу

– родовых травм нет.

*Вскармливание:* к груди приложили через 2 часа,грудное вскармливание до 6 месяцев; все прикормы введены своевременно; аллергических реакций при введении прикорма не было.

*Психофизическое развитие ребенка:*

* голову держит с 2 месяцев
* сидит с 6 месяцев;
* начал ходить с 1 года 1 месяца;

*Перенесённые заболевания:*

ОРВИ. Травм не было.

*Профилактические прививки:* прививки по календарю.

*Аллергический анамнез:*

Аллергическая реакция на лекарственные средства, пищевые продукты, пыльцу растений, шерсть животных аллергических реакций не было. Трансфузии крови, плазмы, гаммаглобулина не проводились.

*Эпидемиологический анамнез:*

Контакт с инфекционными больными среди родственников, соседей, знакомых не было. В течение последнего месяца в семью больного никто не приезжал. Контакта с туберкулёзом не было.

**Данные физических и инструментальных методов исследования**

***Настоящее состояние больной ()***

**Общий вид больного:**

Общее состояние тяжелое засчет:

Самочувствие плохое, ребенок вялый, сонливый. На осмотр реагирует негативно. Телосложение правильное. Температура тела: 36.6 С, масса = 14 кг.

**Кожные покровы:**

Кожа бледная, эластичная, сухая. Подкожных кровоизлияний, шелушения, сыпи нет.

**Слизистые оболочки:**

Слизистые губ, носа, век, нёба бледные, чистые. Энантемы нет. Небные дужки не гиперемированны. Язык чистый, влажный.

**Подкожная клетчатка:**

Развитие подкожно-жирового слоя слабое, распределение равномерное. Отеков. пастозности не выявлено.

Тургор тканей снижен.

**Лимфатически узлы:** При наружном осмотре лимфатические узлы не визуализируются, не пальпируются.

**Мышцы, степень развития мускулатуры** – нормальная, тонус – снижен. Болезненность при ощупывании мышц голени. Сила мышц снижена.

**Кости:** Осанка правильная. Искривлений позвоночника нет.

Форма головы правильная. Деформаций грудной клетки нет.

Кости не деформированы, при пальпации – болезненность в области голеней. Концевые фаланги пальцев рук не утолщены.

**Суставы:** Суставы нормальной конфигурации, не деформированы, при пальпации безболезненны. Кожа над суставами бледной окраски, гиперемии и местного повышения температуры нет. Ограничения подвижности не наблюдается, пассивные и активные движения свободныеБолезненности при ощупывании, при пассивных движениях, хруста, флюктуации нет.

***Исследование нервной системы.***

**Контакт с окружающими, интеллект**

Больной на контакт не идет, капризен, раздражителен.

**Черепно-мозговые нервы:** обоняние, вкус сохранены. Органы зрения: глазные щели открыты равномерно, глазные яблоки подвижны; косоглазия, двоения, нистагма нет; зрачки одинаковой величины и формы, реакция зрачков на свет сохранена, аккомодация и конвергенция не нарушены. Мимическая мускулатура развита равномерно, при пальпации безболезненна

Гиперкинезов, клонических и тонических судорог, тремора нет.

**Нормальные рефлексы со слизистых оболочек.**

**Кожные и сухожильные рефлексы** на верхних и нижних конечностях сохранены, симметричные, равные, живые. Патологических рефлексов нет. При пальпации болевых точек по ходу нервных волокон тройничного нерва болезненности не выявлено. Симптомы натяжения отрицательные. Нарушений глубокой и поверхностной (болевая, тактильная, температурная) не нарушены.

**Состояние вегетативной нервной системы:**

Дермографизм – красный неразлитой. Время появления 18 сек, время исчезновения-2 минуты.

**Менингеальные симптомы:**

Ригидности затылочных мышц нет. Симптомы Кернига, Брудзинского отрицательные.

**Нервно-психическое развитие** соответствует возрасту.

***Органы дыхания***

Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носа нет.

Кашля нет.

**Осмотр и пальпация грудной клетки:**

Грудная клетка конической формы (нормостеническая), симметричная. Надключичные и подключичные ямки выражены одинаково справа и слева. Ширина межреберных промежутков 1 см. Лопатки прилегают плотно.

Движение обоих половин грудной клетки при дыхании равномерное, симметричное. Тип дыхания смешанный. Дыхание свободное, глубокое, ритмичное. Число дыханий в минуту 27 (обусловлено интоксикационным и анемическим синдромом, гипоксия). Раздувания крыльев носа не выявлено. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная.

Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково. На ощупь трение плевры не определятся.

**Перкуссия легких:**

*При сравнительной перкуссии* в симметричных участках определяется ясный легочный звук над всей грудной клеткой, очаговых изменений перкуторного звука не выявлено.

Топографическая перкуссия легких

|  |  |
| --- | --- |
| Нижние границы легких: | |
| линия | справа слева |
| lmedioclavicularis  axillaris anterior  axillaris media  axillaris posterior  scapularis  paravertebralis | VI ребро –  VII ребро VII ребро  VIII ребро VIII ребро  IX ребро IX ребро  X ребро X ребро  ост. отрTr XI. ост. отрTr XI. |

Подвижность нижних краев легких

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Подвижность нижнего края легкого (см) | | | | | |
| Правого | | | Левого | | |
| вдох | выдох | суммар | вдох | выдох | суммар |
| среднеключная  среднеподмышечная  лопаточная | 2  3  2 | 2  3  2 | 4  6  4 | -  3  2 | -  3  2 | -  6  4 |

Симптомы Кораньи, Аркавина, «чаша Философова отрицательные.

**Аускультация легких:** Дыхание пуэрильное. Хрипы, крепитация, шум трения плевры не выслушиваются.

Бронхофония (усиление на уровне 2 гр. позв.)

***Органы кровообращения***

**Осмотр и ощупывание сердечной области:**

Грудная клетка в области сердца не изменена, выпячиваний нет. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, нормальный – неусиленный, локализованный (шириной 1 см), нерезистентный.

Сердечный толчок отсутствует. Диастолическое, систолическое дрожание, симптом, «кошачьего мурлыканья» не определяются. Надчревной пульсации, шума трения перикарда не обнаружено.

**Перкуссия сердца**

*Границы относительной тупости сердца.*

* Правая – на 0.5 см латеральнее правой парастернальной линии в IV-ом межреберье;
* Левая – в V-ом межреберье на 1 см латеральнее левой среднеключичной линии;
* Верхняя – во II межреберном промежутке
* Поперечный размер относительной тупости сердца – 10 см.

Ширина сосудистого пучка 4 см на уровне второго межреберья.

**Аускультация сердца**

Тоны сердца приглушены (за счет интоксикационного синдрома), ритм правильный. Раздвоения или расщепления тонов сердца не выявлено. Частота сердечных сокращений 110 ударов в минуту. Шумов нет.

Пульс симметричный, ритм правильный, обычного напряжения и наполнения. Форма (скорость) пульса не изменена. Частота 110 ударов в минуту. Дефицита пульса нет. Пульс на обеих руках одинаковый. Сосуды при внешнем осмотре не изменены. Варикозного расширения вен нет. Пальпируется пульсация лучевых, височных, сонных, подключичных, бедренных, подколенных, подмышечных, плечевых артерий, артерий стопы. Патологической пульсации на теле не наблюдается. Капиллярный пульс не определяется.

***Органы пищеварения***

Губы бледно-розовые, влажные. Глотка, зев отечные, гиперемированные, стекловидный отек язычка

**Исследование живота:**

Осмотр. Живот овальной формы, симметричен, не возвышается над уровнем грудной клетки. Вздутие живота не наблюдается. Пупок втянутый. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Рубцов, кровоизлияний и других изменений кожных покровов не отмечается. Грыжи не выявлены. Перистальтические движения не видны. Мышцы передней брюшной стенки участвуют в акте дыхания, не напряжены.

*Поверхностная ориентировочная пальпация:* безболезненна. Расхождение мышц живота, грыж белой линии не выявлено.

*Глубокая методическая скользящая пальпация по Образцову – Стражеско*.

* Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого плотноватого цилиндра толщиной 1 см, подвижная, безболезненная.
* Слепая кишка прощупывается в виде умеренно напряженного цилиндра диаметром 1.5 см, безболезненна, малоподвижна, поверхность гладкая, урчит.
* Восходящая ободочная и нисходящая ободочная кишки не утолщены, диаметром 1.5 см, подвижные, безболезненные.
* Поперечная часть ободочной кишки пальпируется в виде цилиндра умеренной плотности толщиной 2.0 см на один сантиметр выше пупка, подвижна, безболезненна.

При сравнительной перкуссии отмечается кишечный тимпанит разной степени выраженности. При перкуссии болезненности и свободной жидкости не обнаружено. Симптом Василенко (шум плеска справа от средней линии живота) отрицательный.

При аускультации живота определяется активная перистальтика кишечника.

Пальпация печени. Нижний край печени пальпируется на 1 см ниже уровня реберной дуги: печень мягко-эластичной консистенции, безболезненная, край заострен, стенка гладкая.

Желчный пузырь при пальпации безболезненнен. Симптомы Кера, Мерфи – Ортнера, Френикус-симптом (Мюсси), Курвуазье, Боаса – отрицательны.

Селезенка пальпируется краем.

При перкуссии (по методу Образцова):

* верхняя граница – на уровне ІX ребра,
* нижняя граница – на уровне XІ ребра.

Верхний край селезенки по средней подмышечной линии соответствует нижнему края левого легкого, нижний край не выступает из-под левой реберной дуги.

Размеры селезеночной тупости:

* поперечник – 3 см,
* длинник – 4 см.

**Органы мочевыделения**

Визуально припухлость в поясничной области не выявляется. Почки бимануально не пальпируются. В области мочеточниковых точек болезненности не выявлено. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Мочеиспускание 4–5 раз в день, свободное, безболезненное.

**Эндокринная система**

Мелкий тремор пальцев вытянутых рук и экзофтальм отсутствуют. Повышенного блеска или тусклости глазных яблок не наблюдается. На передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется.

**Результаты дополнительных методов исследования**

* Общий анализ крови (11.03.2010)

эритроциты – 3.49\*1012 /л

Hb – 90 г./л

лейкоциты – 2.11\*109 /л

СОЭ – 7 мм/ч

Палочкоядерные нейтрофилы – 1%

сегментоядерные -73%

эозинофилы – 0%

моноциты – 3%

лимфоциты – 23%

* Общий анализ мочи (13.03.2010)

цвет соломено-желтый

Прозрачная

Удельный вес 1013

белок –

глюкоза –

лейкоциты 0–1 в поле зрения

эпителий плоский 0–1 в поле зрения

эритроциты 0–1 в поле зрения

Заключение: все показатели в норме.

* Анализ кала на яйца глистов (13.03.2010) – не обнаружены.
* Анализ на яица остриц (13.03.2010) – не обнаружены.
* Анализ кала на цисты лямблий (13.03.2010) – не выявлены.

**Биохимический анализ крови (**25.03.2010**)**

Общий белок 66.6 г./л

Глюкоза 3.99 ммоль/л

ALT/AST 7/31 Е/л

Bi общий 8.2 ммоль/л

ГГТП 10.4 Е/л

Мочевина 2.71 ммоль/л

Креатинин 18 ммоль/л

Ca 2.27 ммоль/л

Щелочная фосфотаза 116.4 ммоль/л

Железо/ОЖСС 12.6/50.6 ммоль/л

ЛДГ 433.1 Е/л

РФ/ASL-O отр /5.6

СРБ 0.13 ммоль/л

**Эндоскопическое исследование (12.02.2010)**

Заключение: ожог пищевода, вкл. кардию 2–3 ст., ожог желудка 1 ст.

**Эндоскопическое исследование (5.03.2010)**

Химический ожог пищевода (течение), Перфорация пищевода (н/3) **(**слизистая пищевода в н/3 в 5–6 см от кардии, по заднее-верхней стенке перфорационное отверстие около 1 см, края зияют**)**

**УЗИ плевральных полостей (10.03.2010):**

В плевральных полостях свободная жидкость не визуализируется.

**Оперативное вмешательство (05.03.2010):**

***Правосторонняя торакотомия, ушивание перфорации пищевода, дренирование правой плевральной полости. Наложение гастростомы.***

– После обработки операционного поля произведена заднебоковая правосторонняя торакотомия в 6 межреберье.

При ревизии: по правой поверхности пищевода под диафрагмой появляется перфорационное отверстие 1.0\*0.2 см. Ушивание двухрядными швами в косом направлении, герметично. Плевральная полость промыта физ. растворм. Дренирование правой плевральной полости по Бюлау. Операционная рана ушита послойно, наглухо.

– После трехкратной обработки операционного поля произведен разрез 4 см в левом подреберьи, вскрыта брюшная полость, в рану выведен желудок, в бессосудистой зоне наложено 3 кисетных шва. Желудок вскрыт. В него установлена трубка №21. Кисета фиксирована вокруг трубки. Ушивание раны послойно. химический пищевод ожог торакотомия

**Этиология и патогенез заболевания**

**Ожоги пищевода** возникают при попадании в него едких химических веществ **Эпидемиология**

Из общего числа пострадавших от химических ожогов пищевода около 70–75% приходится на детей в возрасте до 10 лет, 25–30% составляют взрослые. Частота химических ожогов пищевода у детей объясняется, с одной стороны, привычкой детей (особенно раннего возраста) все брать в рот, с другой стороны – небрежностью взрослых при хранении применяемых в быту едких химических веществ; в ряде случаев ожоги возникают при случайном приеме этих веществ вместо лекарств или питья. У взрослых химические ожоги пищевода вследствие бытовой травмы составляют около 25% от общего числа пострадавших.

**Этиология и патогенез**

Чаще ожоги возникают при приеме едкого натра (каустическая сода, натрия гидроокись), концентрированных растворов серной, хлористоводородной, уксусной (уксусная эссенция) кислот, реже наблюдаются ожоги фенолом, лизолом, спиртовым раствором йода (йодная настойка), сулемой.

Помимо пищевода, при приеме внутрь едких веществ страдает также желудок; изменения обнаруживают на слизистой оболочке полости рта и глотки. Принято считать, что при приеме сильной кислоты наиболее выраженные изменения развиваются в пищеводе, а при приеме едкой щелочи – в желудке (так как слизистая оболочка желудка в какой-то степени устойчива к действию кислоты). Степень поражения зависит от концентрации, характера и количества выпитого вещества. Слизистая оболочка желудка поражается меньше, если желудок заполнен жидкостью и пищей.

Глубокие некрозы пищеводной стенки могут привести к перфорации пищевода, образованию пищеводно-бронхиального или пищеводно-трахеального свища, медиастинита.

**Классификация**

Выделяют 3 степени ожога пищевода. При ожоге 1 степени поражаются только поверхностные слои слизистой оболочки пищевода; при ожоге II степени поражение распространяется до мышечной его оболочки, при ожоге III степени наблюдается поражение всех слоев пищеводной стенки, а также параэзофагеальной клетчатки и окружающих органов. При ожоге III степени помимо местных выражены и общие явления, обусловленные интоксикацией и шоком. При ожогах II и особенно III степени (если больного удается спасти) развиваются рубцовые изменения в пищеводе, стриктуры, рубцовое укорочение пищевода, в ряде случаев – хроническое изъязвление стенки пищевода.

При ожоге пищевода в типичных случаях течение подразделяют на 3 периода: 1-й – острый (до 1–1 1/2 нед), проявляющийся гиперемией, отеком, некрозом и изъязвлениями слизистой оболочки, в этот период из-за сильной боли глотание невозможно; 2-й – подострый (1 1/2 –3 нед), период грануляции и постепенного восстановления возможности принимать жидкость и пищу; 3-й – хронический, период рубцевания, нарастающего сужения пищевода и возобновления дисфагии.

Примерная формулировка диагноза:

1. Ожог пищевода концентрированной серной кислотой III степени тяжести. Обширный некроз стенки пищевода, медиастинит, острый период.

2. Ожог пищевода концентрированной серной кислотой II степени тяжести, острый период.

**Клиническая картина, предварительный диагноз**

Предварительный диагноз устанавливают на основании анамнеза и оценки тяжести общего состояния больного. Характер едкой жидкости, принятой больным, можно установить либо с его слов, либо по остаткам жидкости, находящейся в емкости (чашка, пузырек, бутылка), из которой больной ее пил. Следует, однако, иметь в виду, что надпись на флаконе или бутылке не всегда соответствует характеру ее содержимого (едкое вещество может по небрежности храниться в случайной, неприспособленной посуде).

Первый и наиболее яркие симптомы – сильное жжение и боль в полости рта, глотки, за грудиной и в эпигастральной области, возникающие сразу вслед за проглатыванием едкого вещества. Нередко появляется рвота. Губы отекают.

В тяжелых случаях развиваются шок, потеря сознания. Если в течение 1–2 дней смерть больного не наступила, появляются выраженная одышка вследствие отека гортани, рвота слизью и кровью, в рвотных массах можно определить кусочки слизистой оболочки. Повышается температура тела. Глотание невозможно. Вследствие глубокого поражения стенки пищевода возможны пищеводные кровотечения, симптомы, обусловленные развитием медиастинита или других осложнений, нарушения функции почек (вследствие их токсического поражения).

В случаях средней тяжести через несколько дней уменьшается боль, однако глотание затруднено, отмечаются повышенная саливация, срыгивание кровянистым отделяемым. При осмотре полости рта видны следы ожога слизистой оболочки. Через 10–20 дней постепенно восстанавливается способность проглатывать жидкость и жидкую пищу, однако глотание долго остается болезненным. В период рубцевания, через несколько недель дисфагия возобновляется; при резком стенозировании пищевода больной не может принимать жидкость и пищу, развивается истощение.

При тяжелых отравлениях едкими веществами больные умирают вследствие интоксикации, шока, развития гнойных осложнений (медиастинит, абсцесс и гангрена легкого, плеврит). Из осложнений могут наблюдаться тяжелые пищеводные кровотечения, перфорации пищевода, развиваться пищеводно-трахеальные и пищеводно-бронхиальные свищи. Наиболее частым поздним осложнением химических ожогов пищевода является развитие Рубцовых сужений (стенозов) пищевода, его рубцовых деформаций и укорочения.

**Дифференциальный диагноз**

Окончательный диагноз устанавливают тогда, когда можно точно определить степень поражения и возникшие осложнения.

Рентгенологическое исследование пищевода в первые дни проводить не следует, необходимо добиться стабилизации состояния больного. Через несколько дней после ожога (при средней тяжести поражения) при концентрированном рентгенологическом исследовании можно отметить отечность слизистой оболочки пищевода и локальные спазмы. В более поздние периоды информативность рентгенологического исследования значительно выше: можно определить места, протяженность и выраженность рубцовых сужений и деформаций пищевода.

Эзофагоскопия в первые дни противопоказана, в дальнейшем возможна только в периоде рубцевания и эпителизации слизистой оболочки, при этом проводить ее следует крайне осторожно. Эзофагоскопия позволяет определить протяженность поражения, проследить за динамикой процесса, своевременно выявить формирующиеся стриктуры (они чаще образуются в дистальном отрезке пищевода, над кардиальным сфинктером; несколько реже в области глоточно-пищеводного соединения и на уровне бифуркации трахеи).

**Принципы лечения, вторичная профилактика, реабилитация, прогноз**

Неотложная терапия; необходимы срочная госпитализация, парентеральное введение обезболивающих средств (для борьбы с шоком), введение желудочного зонда, обильно смазанного маслом, для выведения желудочного содержимого и промывания желудка с целью нейтрализации едкого вещества. При отравлениях щелочами желудок промывают разведенным раствором уксусной кислоты (3–6%) или растительным маслом, при отравлениях кислотами – слабым (2%) раствором натрия гидрокарбоната. В сомнительных случаях желудок промывают молоком. До введения зонда назначают обильное питье слабых растворов уксусной кислоты или гидрокарбоната натрия (в зависимости от характера яда) или же молока (1 /г-2 стакана взрослому). Промывание с помощью зонда проводят после предварительного введения под кожу наркотических анальгетиков (промедол 1 мл 2% раствора) и атропина сульфата (1 мл 0,1% раствора), а также местной анестезии полости рта и глотки 2% раствором дикаина. Промывание желудка эффективно только в первые 6 ч после отравления. Необходима дезинтоксикационная терапия. Парентерально вводят гемодез, реополиглюкин, солевые растворы. Для профилактики и лечения инфекционных осложнений назначают парентерально антибиотики широкого спектра действия (ампициллина натриевая соль, ампиокс, гентамицина сульфат, цефамезин и др.). Чтобы уменьшить развитие рубцовых изменений в пищеводе, назначают препараты гормонов коры надпочечников парентерально. В зависимости от характера принятого яда и особенностей клинической картины применяют средства, нормализующие деятельность сердечно-сосудистой системы, функцию почек, при значительной кровопотере проводят гемостатическую и кровезамещающую терапию и т.д.

Введение жидкости внутрь в первые 1 –3 сут исключается, а в более тяжелых случаях этот запрет продолжается до 5–7 дней, затем дробными порциями в небольших количествах разрешают прием сливок, молока, сырых яиц, теплого бульона. Постепенно диету расширяют. При тяжелых ожогах пищевода для обеспечения питания больного через 7–10 дней накладывают гастростому.

После стихания острых воспалительных явлений при ожогах 2–3-й степени с целью ранней профилактики развития стенозов начинают бужирование пищевода, которое продолжают несколько недель. Если развитие стеноза не удается предотвратить, прибегают к оперативному лечению – созданию искусственного пищевода. При своевременно начатом лечении благоприятные результаты наблюдаются в 90% случаев.   
Профилактика ожогов пищевода в первую очередь заключается в правильном хранении едких веществ в местах, не доступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**План лечения больного**

**Медикаментозные и физиотерапевтические назначения**

Вода в гастростому

Смесь в гастростому

гипертоническая клизма 3 р/д

1) Sol. Glucosae 20% – 200.0

Sol. Kalii chloridi 4% – 15.0.

MgSO4 25%-2.0

-3 р/д. в/в

2) дофамин 8.6

3) липофундин 10%-200.0

4) аминовен 10%-220.0

5) квамател 5 мг на 500.0 физ. р-ра

6) прозерин 0.2 в/м\*3 р/д

7) перфалган 15.0 в/в

8) Тиенам 150 мг \*4 р/д в/в