Химический ожог пищевода

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: T28.5, T28.6, T28.7 · Союз педиатров России, Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов", Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов"

Химический ожог пищевода — повреждение пищевода и других отделов ЖКТ при проглатывании прижигающего вещества; возможны также системные токсические эффекты. Рекомендация посвящена ведению пациентов от острой стадии до лечения стриктур и позднего диспансерного наблюдения.

Главное

- Тяжесть ожога определяется видом, концентрацией и количеством вещества, а также длительностью контакта со слизистой. Щелочи чаще вызывают глубокий колликвационный некроз с риском трансмурального поражения и перфорации, кислоты — коагуляционный некроз и резорбтивную токсичность.
- Отсутствие ожогов во рту и ротоглотке не исключает повреждения пищевода. Настораживают боль, дисфагия, гиперсаливация, осиплость и рвота.
- Для оценки глубины и распространённости поражения используют ЭГДС с классификацией Zargar. Обычно исследование проводят в первые 12–48 ч; оно остаётся безопасным до 96 ч, но при тяжёлом состоянии сначала стабилизируют пациента. При проглатывании дисковой батарейки или кристаллов перманганата калия ЭГДС выполняют экстренно.
- У взрослых экстренная КТ грудной и брюшной полости с внутривенным контрастированием показана при адекватной функции почек для уточнения глубины поражения и осложнений (УУР В, УДД 2). Решение о необходимости срочной экстирпации пищевода должно быть основано на данных КТ, свидетельствующих о трансмуральном некрозе.
- Нельзя вызывать рвоту, промывать желудок без зонда или применять нейтрализаторы. Зондовое промывание наиболее эффективно в первые 2–3 ч после приёма ВПД; через 12 ч оно неэффективно.
- Основное позднее осложнение — рубцовая стриктура с нарастающей дисфагией. После рубцовой деформации пищевода требуется длительное наблюдение из-за риска малигнизации; контрольная ЭГДС проводится каждые 3 года.

Диагностика

1. При подозрении на химический ожог пищевода (ЖКТ) обратить внимание на жалобы пациента: боль в полости рта, животе, дисфагию и гиперсаливацию; типичны также боль при глотании, слюнотечение, осиплость голоса и рвота.
2. Осмотреть лицо, подбородок, уголки губ и слизистую рта; измерить пульс и артериальное давление. При первичном осмотре привлечь оториноларинголога и токсиколога, а при его отсутствии — реаниматолога (УУР С, УДД 5).
3. Выполнить общий анализ крови, общий анализ мочи и биохимический анализ крови с оценкой билирубина, трансаминаз, мочевины, креатинина, общего белка, глюкозы, электролитов и общего кальция (УУР С, УДД 5). При нефропатии или гепатопатии добавить амилазу, щелочную фосфатазу, ГГТ и альбумин.
4. При отравлении уксусной кислотой определить свободный гемоглобин в плазме и моче (УУР С, УДД 4). Его отсутствие не исключает такое отравление.
5. Выполнить обзорную рентгенографию грудной клетки и брюшной полости для поиска воздуха в средостении и свободного воздуха под диафрагмой; рекомендуется рентгеноконтрастное исследование пищевода. При подозрении на перфорацию используют водорастворимый йодсодержащий контраст.
6. У взрослых при клинических признаках ХОП выполнить экстренную КТ грудной и брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием при адекватной функции почек (УУР В, УДД 2). У детей систематическая КТ не рекомендована, но может быть полезна при обширном поражении перед операцией.
7. Провести ЭГДС для оценки распространённости и глубины повреждения и классифицировать ожог по Zargar (УУР С, УДД 3; использование Zargar — УУР В, УДД 3). При нестабильной гемодинамике, признаках перфорации или медиастинита, отёке надгортанника, ожоге гортани и глотки III степени либо ожоге

дыхательных путей, требующем интубации или временной трахеостомы, исследование откладывают до стабилизации.

Лечение

- В острой стадии немедленно начать комплексную терапию: обезболивание, удаление токсиканта из ЖКТ, местное лечение, детоксикацию и коррекцию нарушений функций органов и систем (УУР С, УДД 5).
- Промывание желудка выполняют через зонд и преимущественно в первые 2–3 ч после приёма ВПД. Искусственное вызывание рвоты, промывание без зонда и применение нейтрализаторов не рекомендуются (УУР С, УДД 5).
- Для обезболивания применяют опиоиды, НПВП и спазмолитики с учётом возраста и тяжести боли. В тексте для взрослых приведены, в частности: метамизол натрия 1 мл 3–4 раза в сутки; атропин 0,1% — 1 мл 2 раза в сутки; папаверин 2% — 2 мл или дротаверин 2 мл внутримышечно, либо платифиллин 0,2% — 1 мл подкожно до 4 раз в сутки.
- При нарастающем отёке дыхательных путей и угрозе асфиксии выполнить интубацию трахеи; если она невозможна — временную трахеостомию (УУР С, УДД 5). При компенсированном стенозе гортани применяют внутривенные и ингаляционные глюкокортикоиды и внутривенный атропин; при ожоге I степени глюкокортикоиды не назначают, при II–III степени курс составляет 5–7 дней.
- При экзотоксическом шоке вводят внутривенные сбалансированные электролитные растворы, затем растворы декстрозы (УУР С, УДД 5). Целевой темп диуреза — 0,5–1,0 мл/кг/ч; при прогрессирующей сердечной недостаточности предпочтителен добутамин.
- Нутритивную поддержку начинают в первые 12 ч. Питание должно быть механически, термически и химически щадящим; при недостаточности энтерального питания добавляют парентеральное, а при невозможности энтерального кормления решают вопрос о гастростоме. Назначают ингибиторы протонной помпы, обволакивающие препараты и антациды; при затруднённом глотании ингибитор протонной помпы вводят внутривенно с последующим переходом на приём внутрь.
- При перфорации пищевода и/или желудка необходимы экстренные хирургические мероприятия (УУР С, УДД 4). При перфорации без выраженного медиастинита исключают питание через рот, обеспечивают кормление через назогастральный зонд или парентерально и вводят системные антибиотики; при медиастините выполняют экстренную операцию с санацией и дренированием средостения, обычно с гастростомией и антирефлюксной операцией.
- При быстро формирующейся стриктуре и выраженной дисфагии проводят раннее профилактическое бужирование в стационаре 3 раза в неделю. Через 3 недели выполняют повторную ЭГДС; при полной эпителизации бужирование прекращают, а при ожоге III степени продолжают 3 раза в неделю в течение 3 недель с последующим контролем ЭГДС и переходом на амбулаторное бужирование.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при любых клинико-анамнестических признаках химического ожога ЖКТ. Выписка возможна при нормализации общего состояния и питания, отсутствии осложнений и эрозивно-язвенного эзофагита, а также при возможности энтерального питания естественным путём или через гастростому.
- При клинико-инструментальных признаках перфорации пищевода и/или желудка на фоне химического ожога необходимы экстренные хирургические мероприятия, объём которых определяется локализацией, размерами перфорации и верифицированными осложнениями.
- Реконструктивно-пластические операции при осложнениях ХОП рекомендуется выполнять в специализированных учреждениях. Показания включают полную облитерацию просвета пищевода, свищи, перфорацию пищевода в анамнезе, невозможность провести бужи № 28–30 по шкале Шарьера из-за плотных рецидивирующих стриктур и другие перечисленные в рекомендации ситуации.
- После ожога III степени планируют госпитализацию для ЭГДС через 1 месяц, затем при отсутствии стриктуры — через 3 и 6 месяцев. При появлении дисфагии необходима госпитализация для ЭГДС.
- Пациентов после ХОП наблюдают у хирурга или детского хирурга 3 года; при рубцовой деформации пищевода без сужения ЭГДС проводят каждые 3 года из-за риска малигнизации.

Частые вопросы

Исключает ли отсутствие ожогов во рту ожог пищевода?

Нет. Поражение пищевода возможно при отсутствии видимых ожогов слизистой рта и ротоглотки. Решение о дальнейшем обследовании принимают по анамнезу, жалобам и данным инструментальных методов.

Когда выполнять ЭГДС после проглатывания прижигающего вещества?

Обычно ЭГДС проводят в первые 12–48 ч; исследование считается безопасным до 96 ч. При нестабильной гемодинамике, перфорации, медиастините или тяжёлом поражении дыхательных путей сначала стабилизируют пациента, а при дисковой батарейке или кристаллах перманганата калия выполняют экстренную ЭГДС.

Можно ли вызывать рвоту, давать нейтрализатор или промывать желудок без зонда?

Нет: эти действия усиливают повторное повреждение пищевода и риск аспирации. Зондовое промывание допустимо преимущественно в первые 2–3 ч после приёма ВПД; через 12 ч оно неэффективно.

Когда нужна КТ вместо или дополнительно к ЭГДС?

У взрослых экстренная КТ с внутривенным контрастированием показана при клинических признаках ХОП и адекватной функции почек для оценки трансмурального повреждения, перфорации и свищей. КТ особенно важна при подозрении на необратимый некроз, но полностью не исключает необходимость ранней ЭГДС.

Как действовать при сформированной рубцовой стриктуре пищевода?

При сформировавшихся стриктурах, нарушающих проходимость и нормальное питание, проводят поддерживающее бужирование пищевода. Курс бужирования должен составлять не более 6–12 месяцев; в отдельных случаях возможна пролонгация, но не более 24 месяцев. При неэффективности дилатационной терапии в течение этого срока показано оперативное лечение.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/821-himicheskij-ozhog-pishchevoda. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/821_1