

желудка. Возникают на 2-3-й неделях с момента травмы и обусловлены отхождением слизистой и подслизистой основы (иногда чулком).

В желудке может быть послеожоговая острая язва (язва Керлинга).

Методы диагностики осложнений.

Эндоскопия в начале заболевания позволяет оценить состояние слизистой пищеварительного тракта. Наблюдение в динамике и местное лечение с помощью лазера. При подозрении на перфорацию гибкая эндоскопия противопоказана.

Обзорная и рентгеноконтрастная эзофагогастроскопия выявляют свободный газ в средостении, затекание бария.

Лапароскопия позволяет выявить абдоминальные поражения ожога.

2. Период ранних рубцовых изменений начинается через 2-3 недели с момента химической травмы и длится до 4-х месяцев.

Важно отметить, что процесс формирования рубцовой ткани идет неравномерно в пищеводе и желудке, в связи, с чем происходит формирование стенозов разных локализаций.

3. Период поздних рубцовых изменений характеризуется стабилизацией рубцового процесса, стиханием признаков эзофагита и завершением формирования рубцовой ткани в стенке пищевода. Происходит в сроки от 4 мес. до 1 года.

На этом этапе диагностика поражений следующая:

Рентгеноконтрастная диагностика с помощью бария при сохраненной проходимости и водорастворимых контрастных веществ – при декомпенсированном стенозе.

Эндоскопия в динамике дает информацию о процессе заживления и рубцевания.

При невозможности эндоскопии проводится сцинтиграфия желудка. Позволяет выявить состояние стенки желудка при полной непроходимости пищевода. При сцинтиграфии равномерное распределение радиофармпрепарата говорит о неизмененной стенке желудка.

Ожоговые повреждения подразделяются на: сочетанные и изолированные.

А также выделяют:

- компенсированные – затруднение прохождения твердой пищи;
- субкомпенсированные – периодически затруднение прохождения твердой и полужидкой пищи, жидкая проходит свободно;
- декомпенсированные – полная и частичная непроходимость жидкого контраста.

Имеет значение протяженность поражения.

В течение первых четырех месяцев операции по поводу рубцового поражения желудка могут быть радикальными и паллиативными. Последние направлены на восстановление энтерального питания пациентов. Чаще это вариант гастростомии, выполняемой с максимальным щажением желудка в области большой кривизны. В случае сочетанного поражения желудка проводятся его атипичные резекции.

Пластические операции пищевода – труднейший раздел хирургии. Выделя-