

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА

Назарова И.М., Айкин В.С., Шарапов В.И.

Нижневартонская окружная клиническая детская больница, Нижневартонск, Россия

Цель: улучшение качества оказания медицинской помощи детям с химическими ожогами пищевода (ХОП).

Актуальность. Количество химических ожогов пищевода (ХОП) не имеет тенденции к уменьшению. В связи с развитием эндоскопии значительно улучшилась диагностика степени поражения ожогов ЖКТ и прогнозирование процесса стенозирования пищевода.

Материалы и методы. Проведен анализ 72 ИБ детей, находившихся на лечении за период с 2010 по 2022 г. с диагнозом «ХОП». Среди пациентов было 58 мальчиков (80,5 %) и 14 девочек (19,5 %). В возрасте до 3 лет 67 (93,1 %) детей и от 3–10 лет — 5 (6,9 %). В первые сутки после травмы поступили 63 (87,5 %) ребенка, 4 (5,5 %) ребенка — на 2-е сутки, и 5 детей (7 %) — в более поздние сроки (2 нед. и 1 мес.). Среди химически агрессивных агентов преобладающее место занимали: уксус — 38 (52,7 %), моющие средства — 16 (22,2 %), перманганат калия — 6 (8,3 %), батареек — 6 (8,3 %), другие химические вещества (ацетон, паяльная кислота, аммиак) — 6 (8,3 %).

Результаты. Топика поражения ВОПТ у всех детей была идентичной, во всех случаях сопровождалась болевым и интоксикационным синдромами. У всех пациентов подтвержден ХОП различной степени: I — 28 (38,8 %) случаев, II — 29 (40,2 %) случаев, III — 15 (20,8 %) случаев. Стеноз пищевода развился у 24 (33,3 %) детей. Все дети получали медикаментозное лечение. Длительность госпитализации определялась тяжестью поражения пищевода и необходимостью выполнения бужирования пищевода. Начало бужирования пищевода проводили с 18–21-го дня от начала заболевания, после проведения контрольного обследования (ФГДС, рентгеноскопия пищевода). Применялось бужирование пищевода под эндоскопическим контролем с постепенным увеличением размера бужа до возрастного. На втором этапе выполнялось поддерживающее бужирование пищевода возрастным размером бужа. При полной непроходимости пищевода у 9 (12,5 %) детей потребовалось наложение гастростомы и осуществление направляемого бужирования пищевода за нить.

Выводы:

1. Формирование стеноза пищевода зависит от характера прижигающего агента, вызвавшего ХОП, и объема лечебных мероприятий, применяемых в острую фазу ожога.
2. Бужирование пищевода с эндоскопическим контролем позволило отказаться от раннего профилактического бужирования.
3. При ХОП III степени бужирование необходимо начинать на 18–21-й день после ожога с методики бужирования пищевода под эндоскопическим контролем; при ХОП III степени щелочами или кристаллами перманганата калия, необходимо наложение гастростомы, проведение нити через гастростому и бужирование пищевода за нить.
4. Применение вышеприведенной схемы бужирования пищевода позволило в 99,9 % добиться хороших отдаленных результатов и сократить число детей-инвалидов.

Ключевые слова: химический ожог пищевода; дети; бужирование.