

20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕОЖГОВЫМ РУБЦОВЫМ СТЕНОЗОМ ПИЩЕВОДА

Мельников М.И., Иванов А.П., Купатадзе Д.Д., Набоков В.В.,
Подкаменев А.В., Копяков А.Л., Ходос К.Г.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

Обоснование. Рубцовый стеноз пищевода возникает при ожогах II и III степени, различными химическими агентами и имеет рецидивирующий характер течения. В настоящий момент не выработан единый вариант лечения этой патологии. Разнятся показания, способы и длительности лечения.

Цель: анализировать полученные результаты и с их использованием обосновать представленную методику.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 73 пациентов с послеожоговыми рубцовыми стенозами пищевода, получавших лечение в клинике в период с 2000 по 2023 г. Из анализа исключены пациенты, получавшие лечение в других стационарах; больные, поступавшие только на ЭГДС-контроль, и пациенты, лечение которых не окончено.

Результаты. Окончательная выборка включала 42 пациентов (30 мальчиков и 12 девочек) в возрасте от 1,5 до 17 лет. 34 ребенка (81,0 %) получили ожоги бытовыми средствами, содержащими щелочь. 5 детей (11,9 %) — кислотными средствами, 2 ребенка (4,8 %) получили ожог батареейкой, и 1 пациент (2,4 %) получил ожог пищевода кристаллами перманганата калия.

Пациентам проводилась консервативная терапия: бужирование и баллонная дилатация пищевода, а при ее неэффективности или возникновении осложнений проводилась эзофагопластика кишечными трансплантатами.

У 27 детей из 42 (64,3 %) консервативная терапия оказалась достаточной и оперативное лечение не потребовалось. В 22 из 27 случаев (81,5 %) лечение заняло до 36 мес., а у 5 человек (18,5 %) продолжалось до 68 мес.

Радикальная заместительная операция потребовалась 15 детям (35,7 %). Пять пациентов имели показания к оперативному лечению на момент поступления в связи с наличием протяженной стриктуры пищевода, не подлежащей бужированию (3 случая), либо при перфорации пищевода на первом сеансе бужирования (2 наблюдения). Остальные дети (10 человек) первично получали консервативную терапию, которая оказалась не эффективна, и были оперированы в связи с формированием протяженной стриктуры пищевода (4 пациента), перфорацией пищевода (4 пациента), отсутствием значимого эффекта при длительном лечении (2 ребенка).

В результате проводимой терапии все 42 человека (100 %) выздоровели. У них клинически отсутствует дисфагия при приеме твердой пищи.

Заключение. По нашему мнению, консервативная терапия является эффективным методом лечения сформированных послеожоговых стриктур пищевода. Рассмотрение вопроса о радикальном хирургическом лечении должно проводиться не ранее 36 мес. от начала лечения при отсутствии осложнений в виде перфораций или развития полной облитерации пищевода.

Ключевые слова: ожог пищевода; стеноз пищевода; бужирование.