

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА ДИСКОВЫМИ БАТАРЕЙКАМИ

Теплов В.О.<sup>1,2</sup>, Степаненко Н.С.<sup>1,2</sup>, Куликова Н.В.<sup>1</sup>, Разумовский А.Ю.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Обоснование.** В последние годы в мире выявлено увеличение тяжелых и летальных случаев ожогов пищевода дисковыми батарейками. Спектр осложнений включает трахеопищеводный свищ, стеноз или перфорацию пищевода, нарушения иннервации гортани, пищеводно-аортальный свищ. Отсутствие единого подхода в выборе хирургического вмешательства побудило к изучению данного вопроса и анализу результатов лечения.

**Цель:** улучшить результаты хирургического лечения детей с осложнениями ожогов пищевода дисковыми батарейками.

**Материалы и методы.** С 2009 по 2021 г. в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова госпитализировано 102 ребенка с ожогом пищевода дисковой батарейкой. Из них мальчиков 57 (55,9 %), девочек — 45 (44,1 %). Медиана возраста на момент ожога составила 1 год 6 мес. Всем детям производилось эндоскопическое удаление батарейки с последующим контролем. Время фиксации батарейки в пищеводе составило от 1 ч до 6 мес. Подсчет статистических данных проводился в программе StatTech v. 3.0.9.

**Результаты.** Осложнения имели 57 детей (55,9 %). Среди них: трахеопищеводный свищ (ТПС) — у 31 (54,4 %), стеноз пищевода — у 24 (42,1 %), парез или паралич гортани — у 24 (42,1 %), перфорация пищевода — у 4 (7 %). Группа с наличием осложнений была разделена по тактике лечения: сдерживающая тактика применялась у 36 пациентов (63,2 %), первичная радикальная операция выполнена у 21 ребенка (36,8 %). Детям с ТПС выполнялись 3 вида операций. Фундопликация и гастростомия выполнена 12 пациентам (38,7 %), ТПС закрылся спонтанно у 7 детей (58,3 %). Разделение ТПС в остром периоде — 13 (41,9 %), у 11 выявлены ранние послеоперационные осложнения: несостоятельность швов на трахее и пищеводе, реканализация, стеноз пищевода и трахеи. Пластика трахеи пищеводным лоскутом и экстирпация пищевода выполнена 6 пациентам (19,4 %), также данная операция была методом выбора коррекции ранних послеоперационных осложнений после разделения ТПС ( $n = 4$ ). При стенозе пищевода проводились бужирования ( $n = 23$ ), в 1 случае выполнена резекция зоны стеноза в связи с циркулярным повреждением. При перфорации пищевода дети успешно вылечены с помощью консервативных методов. Детям с нарушением иннервации гортани потребовались консервативное ведение ( $n = 8$ ), трахеостомия ( $n = 7$ ), либо операции латерализации (пластика гортани реберным хрящом с установкой Т-образной трубки — 7, латерофиксация голосовой связки — 2). Проведена оценка отдаленных результатов коррекции всех осложнений.

**Заключение.** Сдерживающая тактика показала лучшие результаты при всех осложнениях с минимизацией количества послеоперационных осложнений (16,7 %), хорошими отдаленными результатами и гармоничным развитием детей (статистически значимых различий Z-score масса тела/возраст до операции и в отдаленном периоде не выявлено,  $p = 0,345$ ).

**Ключевые слова:** ожог пищевода; дисковая батарейка; трахеопищеводный свищ; парез гортани; стеноз пищевода.