

ЭЛЕКТОРОХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Ковальчук В.И., Ковальчук-Болбатун Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.

Введение. У детей повреждения пищевода наблюдаются редко, возникая, в основном, в связи с химическими ожогами или перфорацией стенки органа. В последнее время дети глотают дисковые батарейки, которые используются в современных приборах и игрушках. Батарейка может вызвать серьезные повреждения стенки пищевода в тех случаях, когда она активная. Электрохимический ожог – это тяжелое осложнение, развивающееся при длительном контакте заряженного элемента (батарейки) со слизистой оболочкой пищевода или желудка, и, приводящее к трудноустраняемым последствиям.

Цель. Изучить особенности клиники, диагностики и лечения у детей с контактными электрохимическими ожогами слизистой оболочки пищевода.

Материалы и методы. В Гродненской областной детской клинической больнице с 2010 г по 2022 г находилось на лечении 220 детей которые проглотили батарейки: у 23 из них данная патология осложнилась контактным электрохимическим ожогом слизистой оболочки пищевода. Мальчиков было 13 (56,5%), девочек – 10 (43,5%). В основном страдали дети в возрасте от 1 до 3 лет – 22 пациента (94,4%) и 1 ребенок (5,6%) в возрасте 11 лет.

Результаты и обсуждение. Глубина поражения слизистой оболочки зависит от длительности воздействия (контакта) батарейки на стенку пищевода и степени заряженности батарейки. Основной причиной обращения в лечебное учреждение явился факт проглатывания ребенком батарейки. В 5 случаях жалобы отсутствовали. У остальных детей наблюдались однотипные жалобы: слабость, вялость, слюнотечение и поперхивание, кашель и затруднение дыхания, тошнота. Дети в тяжелом состоянии не поступали. Состояние средней степени тяжести выявлено у 18 пациентов (78,3%) и удовлетворительное у 5 (21,7%). Отсутствие специфических жалоб и нормальное поведение ребенка увеличивают время первичного обращения в стационар: 7 пациентов (30,4%) поступили в 1-й час; 10 (40,1%) – до 12 часов; с 12 до 24 часов – 3 пациента (13,3%); через сутки – 2 ребенка (8,7%); через 14 дней после проглатывания батарейки поступил 1 ребенок (4,5%).

Обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости была выполнена 19 детям (80,3%). Инородное тело было обнаружено у 18 детей (70,8%). После поступления в стационар в течение часа ФГДС была выполнена 12 детям (52,2%), 1 ребенку (4,3%) ФГДС была проведена через сутки, в связи с острым бронхитом, отмечались сильный кашель, затруднение дыхания и рвота. При первичной ФГДС локальная гиперемия слизистой квалифицирована у 6 детей (26,9%) - I степень ожога; покрытие фибрином места контакта с батарейкой – 10 детей (43,5%) - II степень ожога; плотный серый струп – 7 детей (30,6%) - III степень ожога.

Дети с I и II степенью электрохимического ожога специальному лечению не подвергались. Как правило назначалась щадящая диета, обильное питье, смесь Жукова и облепиховое масло. Средняя продолжительность нахождения их в стационаре составила 8,8 дня.

Среднее время пребывания в стационаре детей с ожогом III степени составило 15 суток. Без осложнений выписан 5 (71.5%) пациент. Несмотря на проводимое в острой фазе заболевания лечение, стеноз пищевода наблюдался у 2 детей (28.5%). Они поступили повторно с диагнозом рубцовая стриктура пищевода, что потребовало дальнейшего лечения. Выполнена эндоскопическая реканализация пищевода с помощью баллона под общим обезболиванием, которая позволила расширить просвет пищевода и выписать детей в удовлетворительном состоянии.

Выводы.

1. Электрохимическому ожогу чаще подвержены дети первых 3-х лет жизни.
2. Диагностические мероприятия следует начинать с обзорной рентгенографии при обращении и ФГДС в первые часы.
3. При электрохимическом ожоге I-II степени достаточно проведения консервативного лечения.
4. Баллонная дилатация является эффективным методом лечения рубцового стеноза пищевода у детей.