

ОСОБЕННОСТИ ХИМИЧЕСКИХ И ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Аверин В. И., Рустамов В.М., Нестерук Л.Н.

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,
Республика Беларусь*

Актуальность. В современном мире отмечается рост количества и видов агрессивных химических веществ, они становятся все более легкодоступны для большинства населения. В детской хирургии химические и электрохимические ожоги пищевода (ОП) являются одной из самых распространенных бытовых травм у детей до 5 лет.

Пищевод является наиболее уязвимой частью пищеварительного тракта при приеме прижигающих веществ. Протяженность и тяжесть повреждения зависит от 4 факторов: характера химического вещества, концентрации едкого вещества, количества едкого вещества и длительности экспозиции.

Наиболее выраженные изменения в пищеводе возникают в области его сфинктеров (физиологических сужений): верхнего пищевода (при переходе глотки в пищевод), среднего пищевода (на уровне бифуркации трахеи) и нижнего пищевода (в месте прохождения пищевода через диафрагму). В желудке ожогу чаще всего подвергается область малой кривизны «желудочная дорожка» и пилорический отдел. Наибольшую опасность в этом отношении представляют щелочи, вызывающие колликвационный некроз стенки пищевода. Осложнениями химических ОП являются развитие рубцовых стенозов, ранние и поздние кровотечения, перфорации пищевода. Частота формирования рубцовых стенозов пищевода после тяжелых химических ожогов достаточно велика и, по данным ряда авторов, она составляет от 8 до 36%.

Цель: изучить структуру химических и электрохимических ОП у детей, особенности диагностики и определить наиболее эффективный метод лечения осложнений.

Материалы и методы. В ходе исследования было проанализировано 108 карт стационарного пациента, которые находились в ГУ «РНПЦ детской хирургии» по поводу химических и электрохимических ОП за 2015-2023 годы. Из них 75 мальчиков и 33 девочки. Данное исследование является ретроспективным. Обработка полученных данных проводилась в программе Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Было установлено, что химический и электрохимический ОП у большинства пациентов вызваны в результате случайного употребления химических веществ или проглатывания батареек. Возраст пострадавших варьировал от 7 месяцев до 17 лет (средний возраст 3 года 2 месяца). Установлено, что чаще ОП были выявлены у мальчиков – 75 человек (69%) и у 33 девочек (31%).

В структуре повреждений лидировали химические ожоги – 81 (75%) пациент, электрохимические ожоги были выявлены у 27 (25%) детей.

Было установлено, что в структуре прижигающих веществ преобладали щелочи 66%, ожоги кислотами наблюдались у 26% и у 8% пациентов были ожоги неизвестной жидкостью.

Очень важна своевременная доставка пациента в учреждение здравоохранения, где ему могут оказать квалифицированную помощь, поэтому нами были проанализированы сроки поступления пациентов с ОП в стационар. Установлено, что дети с химическими ОП поступали в сроки от 30 минут до 3 суток с момента употребления прижигающих веществ. В первый час поступило 49 (45,4%) детей, до 3 часов – 44 (40,7%), то есть 86,1% пострадавших обратилось за медицинской помощью в первые 3 часа.

После проведения ФЭГДС в первые двое суток ожог 1-й степени был выявлен у 50 (46,3 %) детей с признаками катарального эзофагита. У 42 (38,9%) детей с проявлениями фибринозного эзофагита был установлен химический ОП 2–3-й степени. И не было ожога у 16 (14,8%) пациентов.

Диагноз химического ОП 3-й степени выставлялся при признаках рубцовых изменений, которые были выявлены у 16 (14,8%) детей с признаками стенозирования на 9–40-е сутки после ОП.

В отдаленном периоде у 34 детей наблюдалось рубцовое сужение пищевода. В последующем им было проведено бужирование или баллонная дилатация. Бужирование «за нить» выполнялось 3 детям, баллонная дилатация – 33 детям, 2 детям выполнялись бужирование «за нить» и баллонные дилатации. Среднее количество баллонных дилатаций, выполненных одному ребенку, составило 15. Эзофагоколонопластика была выполнена 3 детям.

Выводы.

1. Число острых химических поражений пищевода у детей не имеет тенденции к снижению.

2. Прижигающие вещества вызвали ожог 1 степени у 31 ребенка (53 %), 2 степени – 34 детей (30 %), 3 степени – 15 детей (17 %).

3. Батарейки вызвали ожог 1 степени у 10 детей (37 %), 2 степени – 12 (44%), 3 степени – 5 (19 %) пациентов.

4. Основным методом лечения рубцового послеожогового сужения пищевода у детей в РНПЦ детской хирургии является баллонная дилатация.