

Муквич Д.Н., Коваленко Н.В.

ОСОБЕННОСТИ ХИМИЧЕСКИХ И ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Аверин В.И.

Кафедра детской хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

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. 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 лечения.

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 35 девочек. Данное исследование является ретроспективным. Обработка полученных данных проводилась в программе Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. 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).

В структуре повреждений лидировали химические ожоги – 81 (75%) пациент, электрохимические ожоги были выявлены у 27 (25%) детей. В структуре прижигающих веществ преобладали щелочи 66%, ожоги кислотами наблюдались у 26% и у 8% пациентов были ожоги неизвестной жидкостью.

Пациенты с химическими ОП поступали в сроки от 30 минут до 3 суток с момента употребления прижигающих веществ. Экстренная помощь, которая была оказана бригадами скорой медицинской помощи: промывание полости рта, зондовое промывание желудка, введение обезболивающих препаратов. После проведения ФЭГДС в первые двое суток ожог 1-й степени был выявлен у 50 (46 %) детей с признаками катарального эзофагита. У 42 (39%) детей с проявлениями фибринозного эзофагита был установлен химический ОП 2–3-й степени. Диагноз химического ОП 3-й степени выставлялся при признаках рубцовых изменений, которые были выявлены у 16 (15%) 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.