

Б.Д. Доржиев

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГК БСМП г. УЛАН-УДЭ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

В статье приводятся данные о химических ожогах пищевода у детей. Указывается, что при использовании рутинных методов (фиброгастроскопии) точное определение глубины поражения стенки пищевода до 20 суток при химическом ожоге пищевода второй, третьей степени затруднено.

Ключевые слова: пищевод, химический ожог, дети

CHEMICAL BURNS OF GULLET IN CHILDREN: THE PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT BY MATERIALS OF CHILDREN SURGICAL DEPARTMENT OF ULAN-UDE STATE CLINICAL HOSPITAL OF ACUTE CARE

B.D. Dorzhiev

Buryat State University, Ulan-Ude

In the article the data about chemical burns of gullet in children are given. It is marked, that using routine methods (fibrogastroscopy) doesn't give exact definition of depth of gullet's wall lesion under 20 days at chemical burn of gullet of the second or third degree.

Key words: gullet, chemical burn, children

АКТУАЛЬНОСТЬ

Химические ожоги пищевода занимают первое место среди всех заболеваний пищевода у детей. Почти 80 % химических повреждений пищевода связано со случайным приемом ядовитых веществ детьми в возрасте от 1 до 5 лет. До настоящего времени количество послеожоговых осложнений пищевода составляет от 4 до 30 %. Летальность при химических ожогах пищевода у детей составляет от 2 до 15 %.

Ошибки в лечении, допущенные на первых этапах оказания помощи, связаны с недостаточной информативностью диагностических методов определения степени ожога, что приводит к осложнениям, в результате которых больной подвергается длительному лечению и нередко становится инвалидом. Данные разных авторов о терапии при первой степени ожога противоречивы. При четко диагностированной первой степени ожога все авторы отмечают положительную динамику процесса, не зависящую от терапии. В публикациях отмечают гипердиагностику первой степени, что приводит к отсутствию терапии при тяжелом поражении. При использовании рутинных методов (фиброгастроскопии) точное определение глубины поражения стенки пищевода до 20 суток при химическом ожоге пищевода второй, третьей степени затруднено.

На современном этапе отмечается рост количества и видов агрессивных химических веществ, их доступность.

Отсутствие единых методологических подходов к химическим ожогам пищевода у детей не позволяет однозначно решать вопросы их ранней диагностики и комплексного лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов лечения и совершенствование диагностики глубины поражения.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Провести систематизацию современных прижигающих средств.
2. Провести параллели между клиническими проявлениями и эндоскопической картиной.
3. Анализ особенностей комплексной терапии химических ожогов у детей по материалам детского хирургического отделения ГК БСМП г. Улан-Удэ.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Проведение систематизации современных прижигающих агентов. Зависимость проявлений клинической и эндоскопической картины ожогов пищевода у детей от механизма воздействия современных групп химических агентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами представлен 5-летний анализ историй болезни 219 детей, поступивших в ДГКБ № 2 и ДХО ГК БСМП г. Улан-Удэ с химическим ожогом пищевода. Всем поступившим детям проводилось комплексное клинко-лабораторное, эндоскопическое исследование, дезинтоксикационное лечение.

Химические агенты, вызвавшие ожоги пищевода, представили собой следующие группы: окислители — 50 детей (23 %), протоплазматические яды — 59 детей (27 %), обезвоживатели — 15 детей (7 %), коррозивы — 28 детей (13 %), нарывные — 53 ребенка (24 %), неизвестное вещество — 14 детей (6 %) (рис. 1).

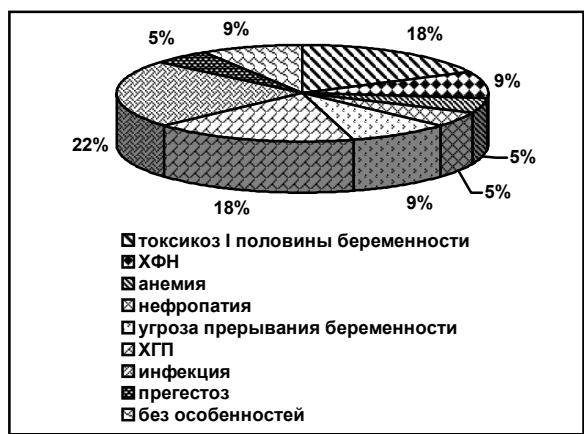


Рис. 3. Патологии при беременности.

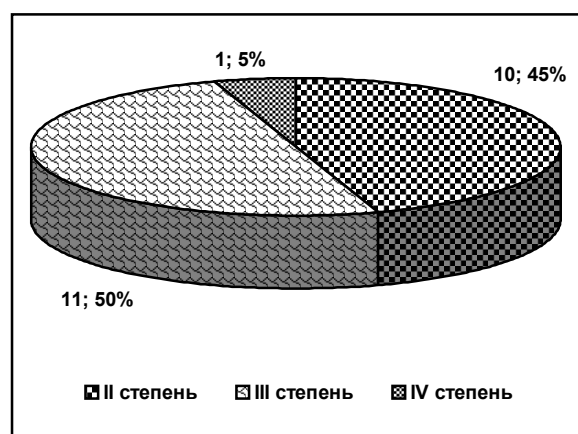


Рис. 5. Распределение больных пузырно-мочеточниковым рефлюксом по стадиям проявления.

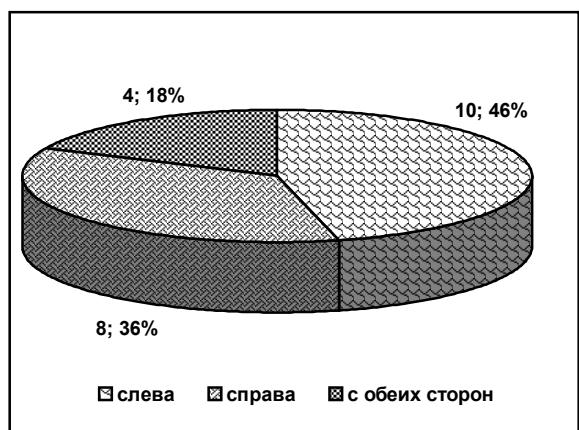


Рис. 4. Распределение больных по локализации патологического процесса.



Рис. 6. Распределение больных по выполненному оперативному вмешательству.

Распределение больных пузырно-мочеточниковым рефлюксом по стадиям проявления представлено на рисунке 5.

Для коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса были выполнены следующие оперативные вмешательства: операция Греггара — 2 (9%), Политано-Лидбеттеру — 10 (45%), Козна — 7 (32%), Жиль-Вернета — 3 (14%) (рис. 6). Чаще всего операция уретероцистостомия выполнялась по методу Политано-Лидбеттеру и Козна — 17 (77%). Послеоперационный период протекал без осложнений, только в одном случае отмечался рецидив заболевания, где была использована методика по Жиль-Вернету — 1 (5%), от которой в дальнейшем отказались.

ВЫВОДЫ

1. Расширение лоханки плода более 7 мм, выявленное в III триместре беременности может прогнозировать дальнейшее наблюдение и дообследование родившихся детей.

Сведения об авторах:

Доржиев Б.Д. БГУ, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а.

2. Ранняя пренатальная УЗИ диагностика ПМР позволяет в раннем сроке после рождения своевременно диагностировать и проводить хирургическое лечение.

3. Факторами риска в данной патологии явились:

- инфекции мочевыводящих путей — 5 (22%)
- токсикоз I половины беременности — 4 (18%)
- хроническая гипоксия плода — 4 (18%)
- угроза прерывания беременности — 2 (9%)
- хроническая фетоплацентарная недостаточность — 2 (9%)

4. Более эффективным способом хирургической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей явился метод Политано-Лидбеттеру и Козна — 17 (77%).

Таким образом, раннее выявление пиелэктазии, активное ведение пациентов, включая раннее оперативное вмешательство при пузырно-мочеточниковом рефлюксе приводит к улучшению результатов лечения.



Рис. 1. Группы химических агентов, вызвавших ожоги пищевода.

В соответствии с химической формулой и механизмом действия на ткани мы разделили их на следующие группы:

Группа окислителей: марганцовокислый калий – 15 (7 %), Доместос – 2 (1 %), Белизна – 19 (9 %), Comet – 2 (1 %), Vanish – 1 (0,5 %), ACC – 2 (1 %), Mr Proks – 3 (1,5 %), H_2O_2 – 4 (2 %).

Обезвоживатели: Силит – 5 (2,5 %), Утенок – 2 (1 %), Санокс – 3 (1,5 %), Harpic – 1 (0,5 %), Frosch – 1 (0,5 %), Bref – 1 (0,5 %), HCL – 2 (1 %)

Группа нарывных средств: Суперчистотел – 1 (0,5 %), жидкость для снятия лака – 4 (2 %), клей «супермомент» – 5 (2,5 %), ацетон – 4 (2 %), бензин – 12 (5 %), аккумуляторная жидкость – 4 (2 %), тормозная жидкость – 1 (0,5 %), тосол – 2 (1 %).

Группа протоплазматических ядов: Адрилан – 1 (0,5 %), жидкость для чистки серебра – 1 (0,5 %), Мистер Мускул – 3 (1,5 %), Мистер Пропер – 1 (0,5 %), нашатырный спирт – 1 (0,5 %), АОС – 3 (1,5 %), Dosia – 2 (1 %), Pril – 1 (0,5 %), Fairy – 5 (2,5 %), уксусная эссенция – 40 (20 %), фруктовая эссенция – 1 (0,5 %).

Группа коррозивов: Крот – 4 (2 %), волшебная плита – 15 (7,5 %), капля – 4 (2 %), Андриэль – 1 (0,5 %), дебошар-актив – 1 (0,5 %), Super Nuker – 1 (0,5 %), каустическая сода – 1 (0,5 %).

Дети были госпитализированы в отделения со сроком заболевания от 3 до 24 и более часов с момента получения отравления. Оценка общего состояния детей основывалась на степени интоксикации, изменений показателей сердечно-сосудистой

Таблица 1
Дети до 3 лет и мальчики более подвержены химическим ожогам пищевода – 137 (63 %)

Окислители	Нарывные средства	Протоплазматические яды	Коррозивы
Доместос	Суперчистотел	Адрилан	Крот
Белизна	Жидкость для снятия лака	Жидкость для чистки серебра	Трубочист
Comet	Клей супермомент	Мистер мускул	Волшебная плита
Vanish	Ацетон	Мистер пропер	Капля
ACC	Бензин	АОС	Адриэль
Няня	Аккумуля. жидкость	Dosia	General Fresh
Mr. Прокс	Тормозная жидкость	Pril	Каустическая сода
KMnO ₄	Тосол	Fairy	
H ₂ O ₂	Уайт-спирит	Пемо Люкс	
		Уксусная кислота	
		Фруктовая кислота	

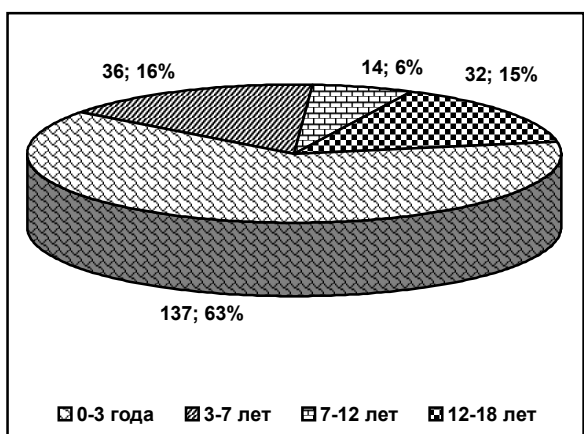


Рис. 2. Распределение детей по возрасту.

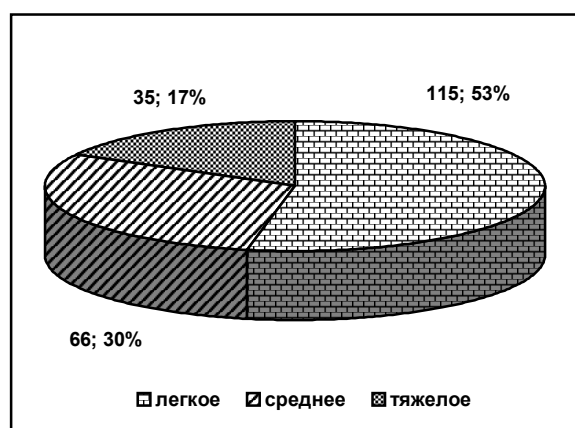


Рис. 3. Оценка общего состояния детей.

системы, дыхательной недостаточности, артериального давления (рис. 3).

Всем детям после проведения дезинтоксикационной терапии выполнена первая диагностическая ФГДС, что предварительно и определило степень поражения химическим агентом стенки пищевода

1-я степень — 116 (53 %)

2-я степень — 65 (30 %)

3-я степень — 38 (17 %)

Одним из важнейших критериев прогноза течения заболевания является объем оказания первой медицинской помощи детям в ранние сроки до 30 минут, что и наблюдалось.

1-я степень ожога была у 116 (53 %) детей, 2 — 3 ст. — у 103 (47 %), выявлена в более поздние сроки оказания медицинской помощи,

Комплексное лечение детей с ожогами пищевода в стационарных условиях проводилось с учетом тяжести состояния, для купирования болевого синдрома были назначены препараты: в/м промедол, омнопон, анальгин, спазмолитики, папаверин, но-шпа, атропин.

С целью детоксикации применялось промывание пищевода и желудка обильным количеством холодной воды. Всем детям с тяжелой клиникой отравления осуществлялась катетеризация центральных вен, в/в капельное вливание глюкозо-солевых растворов, реополиглюкин, свежемороженая плазма. С целью купирования токсической коагулопатии был назначен гепарин. Явления метаболического ацидоза скорректированы 4%-ным раствором соды, с целью лечения воспалительных изменений и профилактики рубцовой стриктуры использовали гидрокортизон в возрастной дозе. Антибактериальная терапия включала в себя цефалоспорины 2 — 3 поколения, макролиды. Консервативная терапия была выполнена у 207 (95 %) детей, по улучшению общего состояния и положительной картины эндоскопического исследования они были выписаны под дальнейшее наблюдение хирурга и педиатра по месту жительства.

Все дети с 3 степенью (38; 17 %) химического ожога пищевода были госпитализированы в от-

деление детской хирургии ГК БСМП, где также проводилось комплексное лечение: обезболивающие препараты, в/в капельное введение глюкозо-солевых растворов, антибактериальная терапия, — и применялись хирургические методы лечения.

В отдаленном периоде у 12 детей (5 %) наблюдалось рубцовое сужение пищевода, в последующем им проведено бужирование, оперативное лечение: гастростомия и бужирование пищевода за нить выполнялось в 5 (2 %) случаях.



Рис. 4. Проведенное лечение.

ВЫВОДЫ

- Увеличение количества и видов агрессивных химических веществ.
- Прижигающие вещества по степени агрессивности приводят к 1 степени ожогов у 116 детей (53 %), 2 степени — 65 детей (30 %), 3 степени — 38 детей (17 %).
- Отмечается значительный рост количества детей с химическими ожогами.
- Степень химического ожога пищевода определяется на повторной ФГДС, на 7 — 8 день нахождения в стационаре.
- Степень глубокого поражения пищевода у детей химическим агентом определяется в прямой зависимости от времени оказания первой медицинской помощи.

Сведения об авторах:

Доржиев Б.Д. БГУ, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а.