

Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Базаров Б.Б., Суванкулов У.Т.

ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной детской хирургии Самаркандского государственного медицинского института

Shamsiev A.M., Atakulov D.O., Bazarov B.B., Suvankulov U.T.

TREATMENT OF THE BURNS OF THE ESOPHAGUS AND ITS COMPLICATIONS IN THE CHILDREN

Резюме

Дан анализ результатов обследования и лечения 132 детей с ожогами пищевода и его рубцовым сужением. Из них 62 ребенка обратились в остром периоде. 35 больных с I степенью ожога пищевода были выписаны в течение 1-й недели. 27 больных с ожогом пищевода II и III степени находились на стационарном лечении не менее 3-х недель, после окончания комплексного лечения (антибиотикотерапия, прием внутрь озонированного растительного масла, H₁-блокаторы, антирефлюксная терапия, инфузионная и дезинтоксикационная терапия) через 2 месяца им проводили ФЭГДС. С рубцовыми сужениями пищевода пролечено 70 детей. Все больные первую медицинскую помощь получали по месту жительства и поступили в клинику в различные сроки после ожога пищевода. У 46 (65,5%) больных при выраженном стенозе пищевода бужирование проводили через нить, предварительно наложив гастростому по Кадеру.

Ключевые слова: ожоги пищевода, стеноз пищевода, эндоскопическое бужирование, слепое бужирование, бужирование за нить, дети, гастростомия

Abstract

The analysis of the treatment of chemical burns and subsequent corrosive strictures of the esophagus in 132 children is presented in this article. 62 children with indigestion of corrosive agents were admitted to our clinic in the acute period. 35 of them with the superficial, I degree, injuries were discharged during the first week. 27 patients with the II and III degree of esophagus burns were actively treated (antibiotics, receiving of ozonide butter, H₁-blockers, antireflux therapy, infusion and detoxication) during 3 weeks at least. The control esophagoscopy was performed in all these children in 2 months later. 70 children with developed esophageal strictures were treated with bougienating. In 46 (65,5%) of them with the significant degree of esophageal structuring the bougienating on the string required a gastrostomy formation.

Key words: esophagus burns, esophagus scar strictures, endoscopic enlargement, enlargement through the special equipment, children, gastrostomy

Актуальность проблемы

Лечение ожогов пищевода и их последствий в течение многих лет продолжает оставаться актуальной проблемой. К сожалению, количество химических ожогов пищевода не уменьшается, что обусловлено значительным увеличением использования в быту препаратов бытовой химии, содержащих кислоты и щелочи, способных вызывать тяжелые ожоги пищевода, а в более редких случаях – и желудка [1, 2, 5–7, 10].

По данным различных авторов, химические ожоги занимают первое место среди всех заболеваний пищевода у детей, что составляет от 14 до

87,8% [2, 6, 7]. В связи с широким развитием эндоскопии в последнее время значительно улучшились диагностика ожогов пищевода и желудка, их дифференцирование по степени поражения, что позволяет прогнозировать дальнейшее развитие процесса [1, 2, 8, 9]. Гораздо более сложной задачей является лечение химических ожогов пищевода и его рубцовых стенозов.

Оказание первой доврачебной и врачебной помощи общеизвестно, оно сводится к максимально быстрому и тщательному промыванию пищевода и желудка с целью уменьшения концентрации и удалению обжигающего вещества.

В отношении дальнейшего лечения химических ожогов пищевода и желудка единого мнения не существует. До настоящего времени широко применяется метод слепого профилактического бужирования при ожогах пищевода II и III степени.

В клинической практике не существует специфического местного лечения, способствующего профилактике развития рубцового стеноза пищевода [1, 2, 6]. Частота развития рубцовых деформаций пищевода после химических ожогов, по данным различных авторов, колеблется от 3 до 20% [2, 6–8]. Лечение рубцовых стриктур пищевода также остается одной из сложнейших проблем детской хирургии.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 132 ребенка с ожогом пищевода и его рубцовыми стенозами. Из них 62 ребенка обратились к нам по факту приема обжигающих веществ в остром периоде. Распределение детей по возрасту и полу представлено в *таблице 1*.

Таблица 1 Распределение больных с ожогом пищевода по полу и возрасту

Возраст детей	Пол		Итого
	мальчики	девочки	
До 3-х лет	28 (59,4%)	19 (40,6%)	47 (76,5%)
3–7 лет	5 (64,3%)	2 (35,7%)	7 (10,6%)
7–12 лет	2 (63,5%)	1 (36,5%)	3 (6,3%)
12–14 лет	3 (66,7%)	1 (33,3%)	4 (6,6%)
Всего	38 (61,7%)	24 (38,3%)	62 (100%)

Как видно из данных, приведенных в *табл. 1*, среди больных преобладали дети в возрасте до 3-х лет (76,5%), мальчиков было больше – 61,7%. Среди повреждающих агентов преобладала уксусная кислота (74,6%), в 11,3% случаев фигурировал термический фактор, в 9,9% случаев причиной ожога пищевода был прием щелочных растворов и в 4,2% – соли тяжелых металлов (*табл. 2*).

До 3-х ч от момента приема обжигающего вещества обратился 1 (1,4%) ребенок, до 24 ч 56 (90,6%)

детей, позже 24 ч – 5 (8,3%) детей. У 9 (24,8%) детей состояние при поступлении было легкой степени тяжести, у 40 (63,9%) – средней степени тяжести, в остальных 13 (11,3%) случаях состояние детей было тяжелое.

Всем 62 больным была оказана первая медицинская помощь, включающая зондовое промывание желудка, обезболивающая (анальгезирующая), по показаниям инфузионная и дезинтоксикационная терапия. На 3–6-е сутки от момента поступления проводили фиброзофагогастроуденоскопию (ФЭГДС) для оценки степени ожога пищевода (*табл. 3*).

Таблица 2 Этиология ожогов пищевода у детей

Этиология ожогов пищевода	Число больных	
	Абс.	%
Кислоты	46	74,6
Щелочь	6	9,9
Кристаллы марганца	3	4,2
Термический	7	11,3
Всего	62	100

Таблица 3 Результаты первичной фиброзофагогастроуденоскопии

Степень ожога пищевода	Абс.	%
I	35	56,1
II–III	27	43,9
Всего	62	100

Больные с I степенью ожога пищевода (35 человек) были выписаны в течение 1-й недели после купирования явлений дисфагии. Больные с ожогом пищевода II и III степени (27 детей) находились на стационарном лечении не менее 3-х недель. В комплекс лечения этих больных наряду с антибиотикотерапией, мы включили прием внутрь озонированного растительного масла (детям до 3-х лет по ½ чайной ложки 3 раза в день, детям старше 3-х лет по 1 чайной ложке 3 раза в день), H₁-блокаторы, антирефлюксную

терапию; инфузионную и дезинтоксикационную терапию проводили по показаниям. Применение озонированного растительного масла способствовало купированию воспалительных изменений и ранней эпителизации. С целью профилактики рубцовых сужений пищевода на 7-е сутки от момента травмы начинали эндоскопическое бужирование 3 раза в неделю в течение 3-х недель. Диаметр эндоскопа подбирался соответственно возрасту ребенка. При ФЭГДС в конце 3-й недели от момента травмы

лет. Все больные первую медицинскую помощь получили по месту жительства и поступили в клинику в различные сроки после ожога пищевода (табл. 4).

Большее количество больных со стенозами пищевода обратились в сроки от 1–2-х месяцев и более после ожога (51,2%). Среди этиологических факторов в основном были химические растворы (86,9%) (табл. 5).

Изучение анамнеза выявило недостаточный объем обследования и лечения больных по ме-

Таблица 4 Сроки поступления больных со стенозами пищевода от момента травмы

Сроки поступления	Число больных	
	Абс.	%
До 1 месяца	7	10,4
1–2 месяца	36	51,2
Более 2-х месяцев	27	38,4
Всего	70	100

Таблица 5 Этиологические факторы рубцовых стенозов пищевода

Этиологический фактор	Число больных	
	Абс.	%
Кислоты	49	70,5
Щелочь	9	13,1
Кристаллы марганца	3	3,3
Термический	9	13,1
Всего	70	100

у 13 (20,4%) больных была выявлена III степень ожога пищевода. Этим больным эндоскопическое бужирование проводилось по 3 раза в неделю в течение еще 3-х недель.

Всем больным с ожогами пищевода II–III степени после окончания комплексного лечения проводили контрольную ФЭГДС через 2 месяца.

С рубцовыми сужениями пищевода нами пролечено 70 детей в возрасте от 1 года до 15

Таблица 6 Локализация, протяженность, диаметр стенозов пищевода

Показатель	Число больных	
	Абс.	%
Уровень стеноза		
Верхняя треть	24	34,5
Средняя треть	41	58,7
Нижняя треть	5	6,8
Всего	70	100
Протяженность стеноза, мм		
До 20	15	21,4
20–50	32	45,2
Более 50	23	33,4
Всего	70	100
Диаметр стеноза, мм		
1–2	19	27,5
2–3	32	45,7
3–5	19	26,8
Всего	70	100

сту жительства в остром периоде травмы. После оказания первой медицинской помощи, как правило, дети выписывались без проведения ФЭГДС.

Ведущими симптомами при поступлении детей со стенозом пищевода в клинику были явления дисфагии, при обращении в поздние сроки у детей констатировали гипотрофию различной степени.

Всем больным проводили ФЭГДС и контрастная эзофагография. Тактика лечения больных зависела от степени стеноза, его локализации и протяженности (табл. 6). Так, при стенозе верхней трети пищевода на небольшом протяжении эндоскопическое бужирование переходило в слепое у 24 больных (34,5%). В случаях, когда стеноз был выражен и находился в средней или нижней трети пищевода, бужирование проводили через нить у 46 (65,5%) больных, предварительно наложив гастростому по Кадеру.

Бужирование проводили до получения стойкого эффекта, проявляющегося отсутствием дисфагии и проходимость пищевода при контрольных ФЭГДС и рентгенографии. В зависимости от степени стеноза и его протяженности у 47 больных эффект был получен в течение 2-х месяцев бужирования по схеме.

У 18 больных бужирование проводили в течение 3–5 месяцев, у 2-х – до 12 месяцев, у 2-х – 18 месяцев. Эффекта от бужирования удалось добиться у 69 детей. В одном случае, у девочки 8 лет, которая обратилась в клинику через 7 месяцев после ожога пищевода аккумуляторной жидкостью, был диагностирован субтотальный стеноз с диаметром просвета пищевода менее 2 мм и протяженностью около 15 см. Этой больной наложена гастростома, но назогастральную нить провести не удалось. Больная готовится к пластической операции. Контрастная рентгенография пищевода этой больной представлена на рис.

Еще одна больная обратилась с ятрогенной перфорацией пищевода после попытки слепого бужирования по месту жительства. Особенность данного наблюдения состоит в необычности течения ожога пищевода, характера прижигающего вещества, опасности слепого бужирования. Несмотря на агрессивность химического вещества и глубокую степень ожога пищевода, удалось ликвидировать пищеводно-плевральный свищ, удалить трахеостому, восстановить проходимость пищевода методом бужирования через нить.

Результаты исследования и их обсуждение

Для оценки результатов лечения больных учитывали клинические, эндоскопические и рентгенологические данные. При отсутствии жа-



Контрастная рентгенография пищевода

лоб, свободного питания ребенка любой пищей, беспрепятственное прохождение эндоскопа соответствующего диаметра, отсутствие деформации пищевода результат лечения считался хорошим. Если ребенок при проглатывании больших комков твердой пищи испытывал дискомфорт, но при этом пищевод был проходим при ФЭГДС и рентгеноконтрастном исследовании, результат считался удовлетворительным.

Применение комплексного лечения позволило добиться хороших результатов у всех 14 детей с ожогами пищевода II степени, о чем свидетельствовали результаты контрольных ФЭГДС через 2 месяца после выписки из клиники. При ожогах пищевода III степени хорошие результаты были получены у 3-х, удовлетворительные у 7 детей. В 3-х случаях отмечено формирование стеноза пищевода, этим больным дальнейшее лечение проводилось бужированием через нить. Благодаря применяемому в клинике комплексному лечению ожогов пищевода методом раннего бужирования во всех случаях ожога пищевода III степени удалось избежать пластических операций на пищеводе.

Применяемая нами тактика лечения при рубцовых стенозах пищевода позволила получить хорошие результаты у 27 больных, удовлетворительные – у 42. Лишь в одном случае, при субто-

тальном стенозе пищевода, больная готовится к пластической операции.

Выводы

Таким образом, все больные с ожогами пищевода нуждаются в комплексном обследовании и лечении в специализированных хирургических стационарах.

При своевременной диагностике ожога пищевода на фоне местного применения озонированного растительного масла целесообразно проводить сочетанное эндоскопическое и слепое раннее бужирование, которое позволяет уменьшить частоту ранних рубцовых стриктур пищевода.

Проводимая терапия (эндоскопическое, слепое или бужирование за нить) при рубцовых стенозах пищевода позволила получить хорошие и удовлетворительные результаты, не прибегая к пластическим операциям.

Список литературы

1. Баиров В.Г., Щебенков М.В., Лотовская Н.А. и др. Лечение химических ожогов пищевода у детей // Вестник Педиатрической академии: Сб. научных трудов. – СПб., 2007. С. 50–51.
2. Исаков Ю.Ф., Разумовский А.Ю., Тимощенко О.В. и др. // Хирургия. 1996. № 4. С. 4–8.
3. Кожевников В.А., Смирнов А.К., Тен Ю.В. и др. Профилактика и лечение рубцовых стенозов пищевода у детей // Детская хирургия. 2004. № 5. С. 6–9.
4. Полухин Д.Г. Консервативное и хирургическое лечение детей с химическими ожогами пищевода: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 154 с.
5. Сапухин Э.В. Профилактика и лечение послеожоговых сужений пищевода у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2006. – 18 с.
6. Agarwal S., Sikora S.S. et al. Surgical management of corrosive strictures of stomach // Indian J. Gastroenterol. 2004. Vol. 23. № 5. P. 178–180.
7. Bittencourt P.P., Carvalho S.D. et al. Endoscopic dilatation of esophageal strictures in children and adolescents // J. Pediatr. 2006. Vol. 82. № 2. P. 127–131.
8. Da-Costa-Pinto E.A.L., Dorsa T.K., Altmani A. et al. A functional study of caustic strictures of the esophagus in children // Braz. J. Med. Biol. Research. 2004. Vol. 37. № 11. P. 1623–1630.
9. Gupta N.M., Gupta R. Transhiatal Esophageal Resection for Corrosive Injury // Ann Surg. 2004. March. Vol. 239. № 3. P. 359–363.
10. Lin Y.C., Ma J.Y. Severe esophageal burn following chloral hydrate overdose in an infant // J. Formos Med. Assoc. 2006. Vol. 105. № 3. P. 235–237.