

Бочарников Е.С., Пономарев В.И., Шевчук В.И., Романчук О.В.

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ХИМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

Омская государственная медицинская академия;
Омская областная детская клиническая больница

Bocharnikov E.S., Ponomarev V.I., Shevchuk V.I., Romanchuk O.V.

TREATMENT OF THE CHEMICAL INJURIES OF THE ESOPHAGUS IN CHILDREN

Резюме

Разработан этапный метод лечения химических ожогов пищевода у детей, позволивший снизить процент стенозирования пищевода в три с лишним раза. Результаты используемого способа криодеструкции рубцовой ткани, самостоятельно и в сочетании с бужированием, дают право считать его методом выбора при лечении рубцовых стриктур пищевода.

Ключевые слова: пищевод, стеноз, криодеструкция

Abstract

The method of the staging treatment for the esophageal corrosive injuries that involves a cryoablation (CA) of the scarring tissue in conjunction to the traditional bougienage is presented in this article. This technique has allowed to minimize the rates of esophageal corrosive strictures by three times compared to the traditional methods and to achieve the best possible outcomes for the patients. We therefore believe that the technique of CA should be considered as a method of choice for the treatment of the corrosive strictures in children.

Key words: esophagus, stenosis, cryodestruction

Число тяжелых химических ожогов пищевода у детей и, как следствие этого, формирование рубцовых стенозов верхних отделов желудочно-кишечного тракта на сегодняшний день достаточно велико. По данным ряда авторов, стенозирование составляет от 6–8 [1, 2] до 36% [3] от общего числа пролеченных больных. К сожалению, абсолютное большинство авторов включает в разработку и число больных с ожогами I степени, у которых стенозирования пищевода нет. В настоящее время не существует единого подхода в оказании помощи этим детям в период острой ожоговой травмы.

В 1995–2010 гг. в клинике детской хирургии на лечении находились 1350 детей с химическими ожогами пищевода в возрасте от 8 месяцев до 14 лет. Детей до 1 года было 1,7%, от 1 до 3 лет – 82%, старше 3 лет – 16,3%. Из них у 672 (49,7%) были ожоги II–III степени тяжести. Причиной ожога в 63,3% случаев послужила 70%-ная уксусная кислота, в 35% – щелочи, в 1,7% случаев – крепкие кислоты. Поражений желудочно-кишечного тракта кристаллами перманганата калия не отмечено. До 3 ч с момента полу-

чения травмы за медицинской помощью обратилось 580 (86,3%) пациентов с тяжелой степенью ожога. Всем им на разных этапах медицинскую помощь в городе и области осуществляли по единому, разработанному нами, алгоритму в зависимости от тяжести состояния. На уровне городской реанимационной бригады «скорой помощи» проводили следующие мероприятия. При удовлетворительном состоянии пациента: обезболивание, введение спазмолитиков, промывание пищевода и желудка объемом 1 л/год жизни (методика промывания изложена в учебно-методическом пособии «Тактика при химических ожогах пищевода и желудка у детей» (Омск, 2004)), транспортировка пациента в областную детскую клиническую больницу. При оценке состояния как среднетяжелое обезболивание проводили с использованием наркотических анальгетиков и седативных препаратов (реланиум, оксибутират натрия). При тяжелом состоянии ребенка вводили гормоны 1 мг/кг, проводили интубацию трахеи, промывание пищевода и желудка, коррекцию гиповолемии, нарушений сердечной и дыхательной функций.

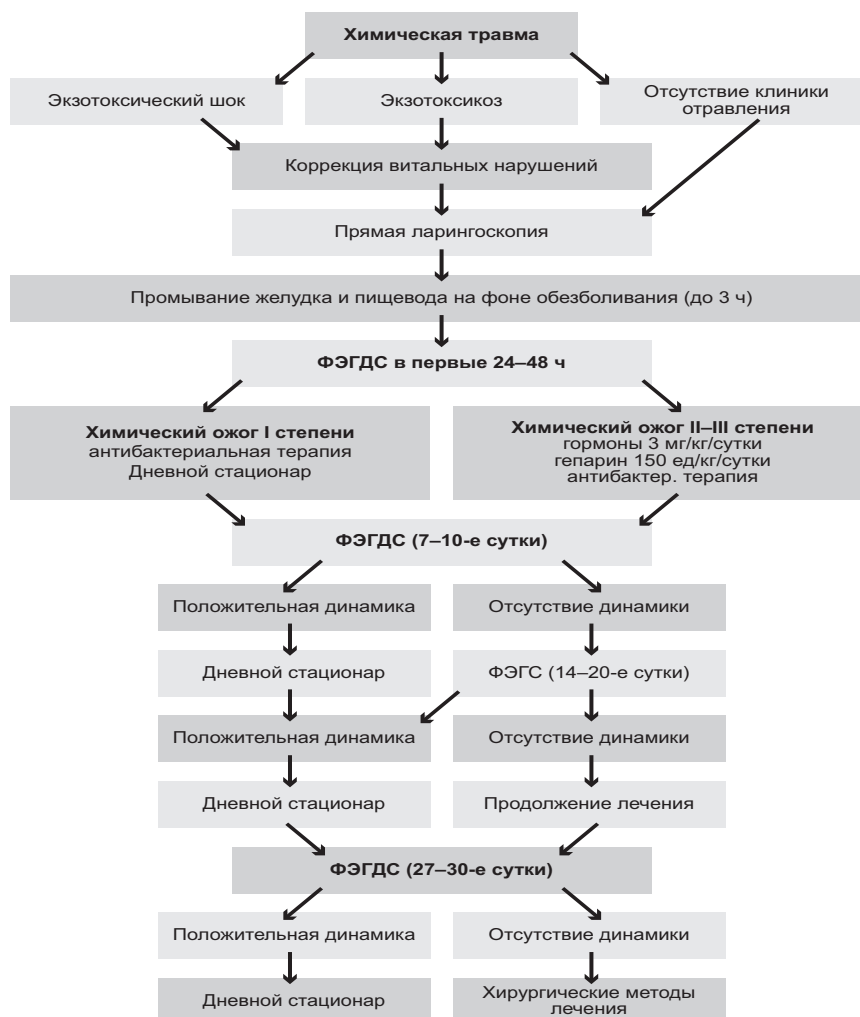


Рис. 1 Алгоритм лечения острой ожоговой травмы пищевода

В условиях области помощь осуществляли аналогично в зависимости от этапа медицинской службы и степени тяжести. При тяжелом состоянии ребенка вводили гормоны 1 мг/кг, вызывали реаниматолога на себя, проводили интубацию трахеи, промывание пищевода и желудка, начинали интенсивную терапию.

На этапе доврачебной и первой врачебной помощи (фельдшерско-акушерский пункт, врачебная амбулатория, участковая больница) проводили обезболивание, введение спазмолитиков, промывание пищевода и желудка объемом 1 л/год жизни, транспортировку пациента в ЦРБ или ОДКБ. На госпитальном этапе (центральная районная больница и областная детская клиническая больница) промывание желудка и пищевода выполняли на фоне фторотанового наркоза с

обязательной интубацией трахеи для профилактики аспирации промывными водами (по вышеуказанным методическим рекомендациям). Данные мероприятия выполнялись в первые 3 ч после травмы (время течения химической реакции агрессивных веществ в живых биологических тканях).

Все больные на конечный этап поступали в клинику детской хирургии, где лечение острой ожоговой травмы осуществляли по разработанной нами схеме (рис. 1).

Из 672 пациентов с тяжелыми ожогами пищевода рубцовые стенозы сформировались у 68 (10,1%). Причем из 580 больных, помощь которым оказывали по разработанному нами алгоритму, стенозирование пищевода зафиксировано у 45 (7,7%). Из 92 детей,

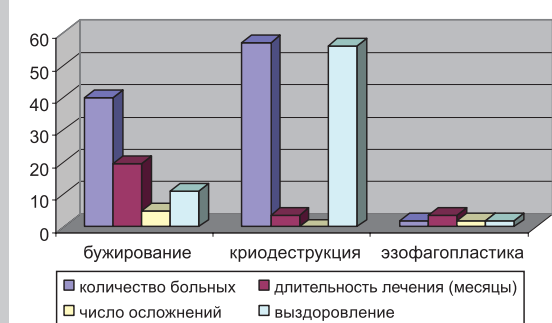


Рис. 2 Результаты лечения стенозов пищевода разными методами (бужирование, криодеструкция, эзофагопластика)

которым ранее промывание пищевода не проводили, стриктура пищевода развилась у 23 (25,0%).

Наиболее часто стенозы локализовались в верхнем отделе пищевода (85%) и имели циркулярный характер. Антеградное и ретроградное бужирование проводили 40 пациентам, что заняло $19,5 \pm 9,9$ месяцев. После проведенного лечения 11 детей были выписаны с рубцовыми изменениями стенки пищевода без признаков стенозирования. 29 пациентам было предложено альтернативное лечение. Разрывы пищевода имели место в 5 случаях. Все дети оперированы в первые сутки после травмы с ушиванием перфорационного отверстия. Криодеструкция рубца была выполнена 45 пациентам в качестве монолечения. Для этих целей использовали сконструированный нами криодеструктор КМТ-3 с температурой на криоаппликаторе -80°C . Для получения стойкого клинического эффекта потребовалось от 1 до 3-х процедур. Наиболее эффективной изолированная криодеструкция была в случаях отграниченных циркулярных стенозов, независимо от их локализации. Сочетание бужирования с криодеструкцией выполнено у 12

больных. Это лечение проводили больным с протяженными (более 0,5 см) циркулярными стриктурами. Число манипуляций криодеструкции – $7,0 \pm 0,7$. Образующийся струп в месте разрыва стенозирующего кольца от воздействия хладагента препятствовал рестенозированию. Длительность лечения с использованием метода криодеструкции рубца составила $3,5 \pm 1,4$ месяцев. Каких-либо осложнений при криолечении не отмечено. Альтернативный способ лечения (эзофагопластика) выполнен 1 пациенту с тотальным стенозом пищевода.

Эзофагопластика толстокишечным трансплантатом и желудком была выполнена 2 пациентам при полном стенозировании всего пищевода и невозможности провести струну для бужирования и криоаппликатор. Послеоперационный период у обоих больных осложнился несостоятельностью шейного анастомоза. Длительность лечения составила 3,5 месяца. Исход – выздоровление (рис. 2).

Выводы

1. Промывание пищевода в комплексной терапии острой химической травмы на разных этапах медицинской службы является важным моментом в профилактике формирования рубцовых стенозов пищевода.

2. Для каждого этапа медицинской помощи у детей с химическими ожогами пищевода должен быть строго определен объем лечебных мероприятий.

3. Формирование рубцовых стенозов пищевода при химической травме напрямую связано со сроками и качеством оказания медицинской помощи.

4. Бужирование, криодеструкция и сочетание этих методов в отличие от различных вариантов пластики пищевода у абсолютного большинства пациентов позволяет избежать тяжелых, подчас связанных с риском для жизни, осложнений.

Список литературы

1. Кожеевников В.А., Смирнов А.К. Лечение последствий тяжелых химических ожогов пищевода и желудка у детей // Материалы межобластной научно-практической конференции «Диагностика и лечение хирургических заболеваний у детей». – Омск, 2005. С. 92–95.
2. Федоров К.К., Беляев М.К., Прокопенко Ю.Д. и др. Опыт лечения химических ожогов пищевода у детей // Диагностика и лечение хирургических заболеваний у детей. – Омск, 2005. С. 72–73.
3. Разумовский А.Ю., Обыденнова Р.В., Масенков Ю.И. Лечение химических ожогов пищевода у детей // Актуальные вопросы детской хирургии: Материалы межрегиональной конференции, посвященной 70-летию кафедры детской хирургии Омской государственной медицинской академии. – Омск, 2008. С. 48–51.