

5. Рокицкий М.Р. Хирургические заболевания легких у детей. Ленинград «Медицина» 1988. Стр.151–167.

## ПНЕВМОДИЛАТАЦИЯ КАК МЕТОД ВОСТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Лопадчак М.<sup>1</sup>, Лопадчак. Р.-М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Детская городская клиническая больница, Львов

<sup>2</sup>Львовский Национальный медицинский университет, Львов

**Введение.** Ожоги пищевода возникают под воздействием агрессивных химических соединений и занимают первое место среди заболеваний пищевода в детском возрасте, а хирургические осложнения – тяжелые в торакальной хирургии. Чаще всего наблюдаются у детей до 3 лет, что составляет 70–75% от общего количества пациентов с ожогами пищевода. Это можно аргументировать, одной стороны, интересом и привычкой детей (особенно раннего возраста) все брать в рот, с другой стороны по неосмотрительности родителей при хранении бытовых химических соединения, или возникают при случайном употреблении этих средств вместо продуктов питания или лекарств.

**Материал и методы исследования.** Исследование базируется на ретроспективном анализе историй болезни 28 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГДКБ г. Львова в период с 2000 по 2014 годы в возрастной группе от 0 до 18 лет с послеожоговыми стриктурами пищевода II–III степени, вызванные чаще щелочами, пергаманатом калия, кислотами, перекисью водорода, нашатырным спиртом.

**Результаты и их обсуждение.** Ожоги пищевода делятся на 3 степени: поверхностный, на всю толщину слизистой оболочки и на всю толщину стенки. Наибольшей степени поражаются участки физиологических сужений в пищеводе. В большинстве случаев ожоги пищевода не сопровождаются его перфорацией и лечатся консервативно. На 2-е – 3-и сутки начинает отслаиваться некротизированная слизистая оболочка пищевода, как правило, заканчивается на 5–6 сутки. За этим наступает период гранулирования ожоговой поверхности. Процесс рубцевания начинается с 6 недели, так как к тому времени уже формируется фиброзная ткань в области повреждения пищевода. Постепенно она гиалинизирует (образуется хрящевая ткань) и занимает место разрушенной ткани всех слоев пищевода, в том числе мышечного, что ведет к образованию рубцового стеноза. Эта фаза может длиться до 1 ½ года. Как правило, рубцовые стриктуры возникают после ожога III степени. Большинство стенозов локализируются в среднем и нижнем отделе пищевода и возникают, как правило, через 6 месяцев с момента получения ожоговой травмы.

В нашей клинике у одного ребенка диагностирован стеноз аортального сужения после случайного употребления таблетированной формы перманганата калия, это связано с первым контактом пищевого комка со стенкой пищевода и высокой концентрации агрессивного химического соединения. У других пациентов диагностирован стеноз кардиального отдела пищевода, как правило, возникает после ожогов пищевода щелочами (концентрированные продукты бытовой химии). Больные за помощью обращались urgently с жалобами на рвоту вчера принятой пищей. Диагноз формировался на основании анамнеза, рентгенконтрастного обследования пищевода вертикально и данных эндоскопического обследования. Проблема лечения детей со стриктурами пищевода актуальна и на сегодняшний день. Лечение заключается в восстановлении проходимости пищевода. Во многих клиниках используются различные методы лечения - эндоскопический, хирургический и пневмодилатация в сочетании с медикаментозной терапией. В нашей клинике всем пациентам была проведена баллонная атравматическая пневмодилатация пищевода по стандартной методике. Так как противопоказаний к проведению данной манипуляции у детей нет.

Суть пневмодилатации пищевода заключается в частичном разрыве циркулярных волокон в области фиброза и рубцовой ткани. Как правило, при этом происходит надрыв слизистой оболочки и подслизистого слоя в области стриктуры. Вследствие этого восстанавливается проходимость пищевода. Всем нашим пациентам проводилась поднаркозная миниинвазивная коррекция по схеме - 3 манипуляции в неделю под индивидуально подобранным давлением с экспозицией 3 минуты. Пациенты получали медикаментозную терапию: антибактериальные средства, глюкокортикоиды по схеме, обволакивающие, прокинетики, спазмолитики, ингибиторы протонной помпы и H<sub>2</sub> блокаторы. Курс лечения длится до 1 ½ года по схеме, после налаживания проходимости проводится профилактическое бужирование один раз в 2 недели 3-4 месяца.

Одному пациенту с деформацией пищевода пневмодилатация стриктуры пищевода проводилась под контролем эндоскопа так как, вход находился эксцентрично.

Методика бужирования стенозов пищевода под контролем эндоскопа. На фоне проводимого эндоскопического лечения всем пациентам удалось ликвидировать непроходимость пищевода. Ятрогенных осложнений не было. За пациентами проводится активное наблюдение в динамике. В физическом развитии не отстают.

### **Выводы:**

1. Профилактика ожогов пищевода в первую очередь заключается в правильном хранении агрессивных химических соединений в местах недоступных для детей в герметически закрытой посуде.
2. Только в 5-10% случаев ожогов пищевода химическими соединениями формируются рубцовые сужения. Чаще всего возникают при ожогах

щелочами в связи с их способностью глубоко проникать в стенки пищевода. В острый период ожоговой травмы пищевода необходимо проводить раннее профилактическое бужирование пищевода.

3. Эндоскопическое лечение под визуальным контролем является безопасным и высокоэффективным методом лечения стенозов пищевода у детей, особенно для лечения эксцентрично расположенного входа в стриктуру, так как позволяет непосредственно наблюдать за динамикой в процессе лечения, избежать тракционных повреждений пищевода и лучевую нагрузку на пациента и врача.

#### Литература:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия: В 2т.–СПб.: ПИТ–ТАЛ, 1997.–Т.1–2.
2. Баиров Г. А. Срочная хирургия детей: Руководство для врачей.–СПб.: Питер, 1997.–464с.
3. Данилов А.А., Юрченко Н.И., Рыбальченко В.Ф. и др. Повреждения пищевода у детей // Зб. наук. праць співробітників КМАПО. К., 1998.– С. 89-90.
4. Дубровін О. Г. Морфо–функціональні зміни при стенозах стравоходу у дітей та основні принципи їх корекції // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика К., 2001.– Вип. 10, кн. 1.–С.14 –21.
5. Фомин П.Д., Губник В.В., Никишаев В.И., Малиновский А.В. Неопухольевые заболевания пищевода. Киев, 2008.

## МЕТОД ФИКСАЦИИ ЭПИФИЗА КАНЮЛИРОВАННЫМ ВИНТОМ В ЛЕЧЕНИИ ЮНОШЕСКОГО ЭПИФИЗЕОЛИЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ (ЮЭГБК)

**Питкевич А.Э., Шмаков А.П. Лопатнёв В.Е., Лопатнёв Е.А.**

*Витебский государственный медицинский университет, Витебск*

**Введение.** Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости (ЮЭГБК) – приобретенное дегенеративно-дистрофическое заболевание проксимального отдела бедренной кости. В процессе лечения основными задачами являются сохранение или восстановление центрации эпифиза головки бедра в вертлужной впадине, закрытие дистрофической зоны роста и профилактика некроза головки бедра.

**Цель** – оценить преимущества и изучить результаты лечения юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости методом закрытой ручной репозиции эпифиза головки бедра с его фиксацией с помощью канюлированного винта.

**Материал и методы исследования.** В клинике детской хирургии на базе травматолого-ортопедического отделения УЗ «Витебский областной