

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Ковальчук В. И., Новосад В. В., Бондарева П. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Ожоги пищевода химическими соединениями у детей – самый частый вид травматического повреждения пищевода. Ожоги возникают после проглатывания концентрированных растворов щелочей и кислот. Наиболее часто пострадавшими являются дети в возрасте от 1 до 3 лет, которые из-за недосмотра взрослых пробуют все на вкус.

Материалы и методы исследования. В ГОДКБ с 2011 по 2016 г. были госпитализированы 193 ребенка, проглотивших препараты бытовой химии и медикаменты. Из них 47 (24,4%) детям при поступлении был выставлен диагноз химический ожог слизистой полости рта и пищевода. После обследования и лечения окончательный диагноз химический ожог слизистой полости рта и пищевода был подтвержден у 39 (20,2%) детей. Мальчиков было 32 (68%), девочек – 15 (32%). 85,1% (40 чел.) – это дети до 3-х лет, 4-5 лет – 4 ребенка (8,5%), в возрасте 7-14 лет – 3 детей (6,4%).

Результаты и обсуждение. Глубина и тяжесть ожога зависит от концентрации и химической природы вещества, а также его количества и времени контакта со слизистой оболочкой. Наиболее доступными для детей оказались: перекись водорода (4 детей – 10,2%), пищевой 9% уксус (3 детей – 7,7%), перманганат калия (5 детей – 12,8%), «Белизна» (3 детей – 7,8%), стиральные порошки (10 детей – 25,6%), «Горный чистотел» (1 ребенок – 2,6%), «Суперчистотело» (1 ребенок – 2,6%), средство для прочистки труб «Крот» (2 детей – 5,1%), краска для волос (4 детей – 10,2%), жидкость для снятия лака (5 детей – 12,8%), растворитель (1 ребенка – 2,6%).

Сбор анамнеза выявил, что основной причиной обращения в больницу являлся факт проглатывания ребенком химического вещества и нахождение его следов на губах и одежде.

Клинические проявления на момент поступления в стационар отсутствовали. После проглатывания химического вещества в течение первого часа в стационар поступили 43 детей (91,4%), 3 детей (6,4%) – через 2 часа, 1 ребенок (2,2%) – через 4 часа.

Всем детям, которым при поступлении был выставлен диагноз: химический ожог пищевода, в первые сутки от момента травмы проводилась диагностическая ФГДС, с помощью которой устанавливали наличие ожога и его степень. После проведения диагностической ФГДС диагноз химического ожога пищевода был снят у 8 детей (17%). Остальные 39 детей (83%) предварительно были разделены на две группы: с I степенью (28 детей – 71,8%) и со II-III степенью ожога (11 детей – 28,2%),

Эндоскопическая картина I степени ожога: выявлялись гиперемия, отек слизистой оболочки. В первые сутки изменения в полости рта и глотке носили более выраженный характер, чем в пищеводе. Эндоскопическая характеристика II степени ожога в 1-е сутки травмы характеризовалась как выраженная гиперемия, отек слизистой оболочки, наложения фибрина различной плотности и протяженности, ригидность стенки пищевода, ослабление перистальтики. Эндоскопическая картина при III степени ожога в 1-е сутки от момента травмы была сходная со II степенью.

Повторная ФГДС проводилась 11 (28,2%) пострадавшим на 7-8 сутки, по результатам которой выявлено, что 8 детей имеют II степень ожога, 3 детей – III степень ожога.

Основным методом лечения при химических ожогах было промывание желудка в первые часы после травмы. Комплексное лечение детей с химическими ожогами пищевода проводилось с учетом тяжести ожога. Пациентам назначалась диета, проводились антибактериальная и кортикостероидная терапия, симптоматическое лечение, вводились препараты, улучшающие реологические свойства крови. Местно использовались облепиховое масло, смесь Жукова, осуществлялось лечебное бужирование пищевода 1 ребенку, у которого химический ожог осложнился рубцовым стенозом пищевода.

Среднее количество дней госпитализации значительно различалось при всех степенях ожога: I степень – $\pm 2,8$ дня, II степень – $\pm 10,6$ дня, III степень – $\pm 28,0$ дней.

С выздоровлением выписаны 37 детей. Осложнения химического ожога пищевода отмечены у 2-х детей: 1 ребенок – рубцовое сужение верхней трети пищевода, 1 ребенок – некротическая ампутация в/3 надгортанника, нижняя трахеостомия.

Выводы:

1. Ожоги пищевода химическими соединениями получают дети от 1 года до 3 лет, оставшиеся без присмотра родителей.
2. Отмечается рост количества и видов агрессивных химических веществ и их легкодоступность для детей.
3. При постановке диагноза химического ожога пищевода определяющим являются данные эндоскопического исследования.
4. При эндоскопическом исследовании в первые сутки травмы невозможно окончательно отдифференцировать химический ожог II-III степени, в связи с чем необходимо повторное проведение ФГДС на 7-8 день после травмы.

ЗНАЧЕНИЕ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО УГЛА ПРИ КОЛЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

Никифоров А. Н.,¹ Новицкая С. К.,² Дегтярев Ю. Г.¹

¹Белорусский государственный медицинский университет,
²ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии»,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель: провести оценку ближайших и отдаленных результатов лечения при тотальной и субтотальной колэктомии у детей для определения роли илеоцекального угла.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 30 пациентов с тотальной и субтотальной колэктомией, которые находились на стационарном лечении в Детском хирургическом центре 1 ГКБ г. Минска за период с 1970 по 2014 гг.