

ЛИТЕРАТУРА

1. Манахов, С. В. Взаимосвязи личностных характеристик у подростков с самоповреждающим поведением / С. В. Манахов, Е. В. Жинель // II Междунар. научн.-практ. конф. «Современная наука: актуальные вопросы, достижения и инновации», 05 июня 2018 г., г. Пенза: сб. ст. / [редкол.: Г. Ю. Гуляев (отв.ред.) и др.]. – Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение», 2018. – С. 138-141.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Жук Е. С.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ковальчук В. И.

Актуальность. Химические ожоги пищевода довольно распространенный вид травмы у детей, сопровождающийся повреждением стенки пищевода на различную глубину. Ожоги занимают первое место по частоте среди всех заболеваний пищевода. Наибольший удельный вес среди пострадавших составляют дети в возрасте от 1 до 3 лет. Это объясняется тем, что дети данного возраста активно знакомятся с окружающими их предметами. Их привлекают бутылочки с яркими этикетками, возникает желание попробовать содержимое.

Цель. Изучить особенности клинического течения, диагностики и лечения детей с химическими ожогами пищевода по материалам УЗ «ГОДКБ».

Методы исследования. За 2017-2021 гг. в УЗ «ГОДКБ» поступило 39 детей, проглотивших средства бытовой химии, силикатный клей, спирт, медикаменты, растения. Из них 25 мальчиков и 14 девочек.

Результаты и их обсуждение. Из всего количества поступивших детей в приемное отделение диагноз ХОП был выставлен у 27 детей. Основными химическими агентами ожогов пищевода являются чистящие средства бытовой химии (туалетный утенок, Domestos, Comet) – 17 детей (43,58%), затем идут кислоты (чаще всего это лимонная, уксусная) – 7 детей (17,94%), отравление медикаментами занимает третье место (перекись водорода, марганцовка, нашатырный спирт) – 5 детей (12,82%), силикатным клеем – 6 детей (15,38%), меньшего всего отравлений растением (диффенбахий, борщевик) – 4 ребенка (10,25%).

Сроки поступления: до 24 часов от начала заболевания – 22 ребенка (56,41%), после 24 часов – 17 детей (43,58%). Из них 5 пациентов поступили через 1-3 месяца после получения ожога пищевода уже со сформировавшимся стенозом пищевода и с признаками алиментарной гипотрофии.

Для детей с ХОП были характерны следующие клинические проявления: гиперсаливация, дисфагия, рвота, осиплость голоса, ожоговые следы на губах, у

некоторых гиперемия, отек и изъязвление слизистых с налетами фибрина; у пациентов с поражением дыхательных путей отмечалось удушье. К общей симптоматике следует отнести интоксикацию, гипертермию, нарушения водно-электролитного баланса и КОС; при большом количестве и концентрации принятого вещества у 5 (1,75%) пациентов отмечен экзотоксический шок.

В стационаре проводилось комплексное лечение в зависимости от сроков получения травмы, и в первую очередь проводилось промывание желудка. Состав жидкости для промывания определялся в зависимости от характера химического агента. Кроме того, проводились: адекватное обезбоживание, противовоспалительное лечение – антибиотики широкого спектра действия, дезинтоксикационная терапия; с целью воздействия на поврежденную слизистую назначали растительные масла с анестезином (алмагель, кызыл-май). Консервативная терапия (активированный уголь, оmez, гефал).

В первые сутки от момента травмы методом ФЭГДС устанавливали наличие ожога и ориентировочно степень. Пациенты предварительно были разделены на три группы: с I степенью – 21 детей (53,84%) и со II степенью ожога – 13 детей (33,33%) и III-IV – 5 детей (12,82%) поскольку дифференцировать III и IV степень представлялось затруднительным.

Среднее количество дней пребывания в стационаре с I степенью – 1,5 дня, со II степенью – 9 дней, с III-IV степенью – 14 дней.

При воздействии окислителей Доместос, Комет («низкая» степень агрессивности) преобладали жалобы на беспокойство ребенка и гиперсаливацию в 58,25% случаев. Отравление солеобразующими средствами Мистер Мускул («средняя» степень агрессивности) проявлялось беспокойством, гиперсаливацией, болями в ротоглотке и животе в 21,75%. При воздействии веществ с «высокой» степенью агрессивности (Утёнок) преобладали сочетанные симптомы – 20%. Анализ полученных данных указывает на то, что общеклиническая симптоматика не может являться определяющей в диагностике химических ожогов пищевода.

Выводы.

1. Основной причиной ожогов пищевода у детей являются средства бытовой химии.
2. Основным методом диагностики является ФЭГДС.
3. Ведущей лечебной тактикой в данной выборке было консервативное лечение.
4. В результате лечения достоверно большее число детей было выписано с выздоровлением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Янов, Ю. К. К вопросу о химических ожогах пищевода у детей / Ю. К. Янов, В. Г. Банров // Материалы IV российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – Москва, 2005. – С. 433.