

ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ПРИЧИНЫ, МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ



Шамсиев Азамат Мухитдинович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Шахриев Абдикодир Камалбаевич, Сагираев Нодир Жумакулович, Рахимов Анвар Комилович
Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА ҚИЗИЛЎНГАЧ КУЙИШИ. ТАРҚАЛИШИ, САБАБЛАРИ, ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Шамсиев Азамат Мухитдинович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Шахриев Абдикодир Камалбаевич, Сагираев Нодир Жумакулович, Рахимов Анвар Комилович
Самарканд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

BURNS OF THE ESOPHAGUS IN CHILDREN. PREVALENCE, CAUSES, TREATMENT METHODS

Shamsiev Azamat Mukhitdinovich, Shamsiev Jamshid Azamatovich, Shakhriev Abdikodir Kamalbaevich, Sagirayev Nodir Jumakulovich, Rakhimov Anvar Komilovich
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammi.uz

Резюме. Бугунги кунга келиб, қизилўнғачнинг кимёвий куйиши бўлган болаларни патогенетик даволаш тактикаси билан боғлиқ баҳсли масалалар мавжуд. Болаларда қизилўнғачнинг кимёвий куйишлари ва куйишдан кейинги стриктураларининг олдини олиш ва даволашнинг самарали алгоритмларини ишлаб чиқиш зарурати аниқ бўлиб, унинг ўтказиш функциясини тиклашга ёрдам беради. Тадқиқотнинг мақсади диагностика ва даволаш тактикасини оптималлаштириш орқали кимёвий куйишлар ва қизилўнғачнинг куйишдан кейинги торайиши билан оғриган болаларни даволаш натижаларини яхшилаш эди. Самарканд давлат тиббиёт институти 2-клиникасида 6 ойликдан 18 ёшгача бўлган қизилўнғач куйиши ва унинг асоратлари билан оғриган 232 нафар болаларни даволаш натижалари таҳлили ишнинг клиник қисмига асос бўлди. 1990 йилдан 2020 йилгача бўлган даврда болаларда қизилўнғач куйишларининг максимал сони (59,0%) 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган ёшга тўғри келди, куйишдан кейинги чандиқли стенознинг ривожланиш фоизи 47,8% ни ташкил қилди. Қизилўнғач куйишининг энг кўп учрайдиган сабаби, аввалги йиллардаги каби, сирка моҳияти - 81 (34,9%). Қизилўнғачнинг куйишдан кейинги чандиқли стриктурасини даволашда кўр-кўрона бужлаш 47,8% ҳолларда самарали бўлади, 29,7%да - Кадер усули бўйича гастростомия, назогастрал ип орқали бужлаш. Шу билан бирга, қизилўнғачни бужлашнинг асоратлари 1,72% ни ташкил қилади.

Калит сўзлар: қизилўнғач куйиши, чандиқли стеноз, бужлаш, болалар.

Abstract. To date, there are controversial issues regarding the tactics of management and pathogenetic treatment of children with chemical burns of the esophagus. It becomes clear the need to develop effective algorithms for the prevention and treatment of chemical burns and post-burn strictures of the esophagus in children, contributing to the restoration of its patency. The aim of the study was to improve the results of treatment of children with chemical burns and post-burn narrowing of the esophagus by optimizing the diagnosis and treatment tactics. The basis of the clinical part of the work was the analysis of the results of treatment of 232 children with burns of the esophagus and its complications aged from 6 months to 18 years, who were in the 2nd clinic of the Samarkand State Medical Institute in the period from 1990 to 2020. It was revealed that the maximum number of burns of the esophagus in children (59.0%) falls on the age from 1 to 3 years, the percentage of development of post-burn cicatricial stenosis was 47.8%. The most common cause of burns of the esophagus, as in previous years, is vinegar essence - 81 (34.9%). In the treatment of post-burn cicatricial strictures of the esophagus, blind bougienage is effective in 47.8% of cases, in 29.7% it is necessary to resort to the application of a gastrostomy according to Kader, followed by bougienage through a nasogastric thread. At the same time, complications of bougienage of the esophagus amount to 1.72%.

Key words: esophageal burn, cicatricial stenosis, bougienage, children.

Введение. В последние годы отмечается рост числа химических ожогов пищевода у детей. Частота их постоянно растет в связи с увеличивающимся применением в быту различных моющих средств и химических веществ в ярких упаковках, которые привлекают внимание ребенка. Химические ожоги занимают первое место среди заболеваний пищевода в детском возрасте [1,4,7,9]. Максимальное количество химических повреждений пищевода (от 70,9%) приходится на возраст от 1 года до 3 лет [8,9]. Наиболее частой причиной для вмешательства на пищеводе являются послеожоговые стенозы вследствие проглатывания концентрированной щелочи или кислоты [9,10]. Следствием химического ожога пищевода у детей являются тяжелые деформации и стриктуры ротовой полости, глотки, пищевода, желудка [1,5]. Высоким остается процент развития осложнений в виде рубцовых стенозов у детей, 30% от всех случаев [9]. На современном этапе отмечается рост количества и видов агрессивных химических веществ, и их легкодоступность [1,3]. В то же время отсутствие, по данным литературы, системного представления о составе сложных прижигающих агентов, механизмах воздействия их на ткани пищевода приводит к нечетким взглядам в отношении патогенетического лечения ожоговой травмы пищевода [2]. Несмотря на множество классификаций химических ожогов пищевода, отсутствует единый взгляд в вопросе соотношения степени и стадии ожога, а также объективной оценки глубины поражения [9]. До настоящего времени существуют спорные вопросы в отношении тактики ведения и лечения детей с химическими ожогами пищевода, в частности, в выборе и длительности применения антибактери-

альных препаратов, определении целесообразности и эффективности кортикостероидной терапии [1,3,4,6,7].

Становится ясной необходимость разработки эффективных алгоритмов профилактики и лечения химических ожогов и послеожоговых стриктур пищевода у детей, способствующих восстановлению его проходимости. Несвершенство большинства лечебных методик, используемых при диагностике и лечении ожогов пищевода у детей, явилось мотивом для выполнения данной работы.

Цель работы - улучшить результаты лечения детей с химическими ожогами и послеожоговыми сужениями пищевода путём оптимизации диагностики и тактики лечения.

Материалы и методы: Во 2-клинике Самаркандского Государственного медицинского института в период с 1990 по 2020 годы находились на лечении 232 детей с ожогами пищевода и его осложнениями в возрасте от 6 месяцев до 18 лет. Из них городских было 59 (25,4%), сельских - 173 (74,6%). Девочки болели реже - 85 (36,6%), чем мальчики - 147 (63,4%).

Распределение больных по возрасту (по Н.П. Шабалову) представлено в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, с возрастом количество химических и термических повреждений пищевода уменьшается, в подавляющем большинстве случаев это дети в возрасте от 1 года до 3 лет - 137(59,0%), которые случайно выпили реагенты или горячие жидкости, вызвавшие ожог пищевода.

Причинами ожога пищевода были следующие вещества (табл. 2).

Таблица 1. Распределение больных с ожогами пищевода и их осложнениями по возрасту

Пол	6 - 12 мес	1 - 3 лет	3 - 7 лет	7 - 12 лет	12 - 18 лет	Всего
Мальчики	0 (0%)	85 (36,6%)	49 (21,1%)	9 (3,9%)	4 (1,7%)	147 (63,3%)
Девочки	2 (0,9%)	52 (22,4%)	20 (8,6%)	2 (0,9%)	9 (3,9%)	85 (36,7%)
Итого	2 (0,9%)	137 (59,0%)	69 (29,7%)	11 (4,8%)	13 (5,6%)	232 (100%)

Таблица 2. Вещества, вызвавшие ожоги пищевода у детей

Причины ожога пищевода	Абс.	%
Уксусная эссенция	81	34,9
Кипяток	67	28,9
Каустическая сода	25	10,7
Кристаллы калия перманганата	14	6,0
Аккумуляторная кислота	9	3,9
Моющие средства (Казан, Санитель, Азилет)	21	9,0
Растворитель для краски	3	1,3
Раствор пергидроля	2	0,9
Настойка йода, 5%	2	0,9
Кусочек известкового камня	2	0,9
Химические вещества неясного состава	6	2,6
Всего	232	100

Таблица 3. Распределение больных в зависимости от поставленного диагноза

№	Диагноз	Количество	%
1	Химические ожоги пищевода	96	41,4
2	Термические ожоги пищевода	64	27,6
3	Послеожоговое рубцовое сужение пищевода, состояние после химического ожога пищевода	57	24,6
4	Послеожоговое рубцовое сужение пищевода, состояние после термического ожога пищевода	5	2,1
5	Послеожоговое рубцовое сужение пищевода, состояние после наложения гастростомии по Кадеру с проведением назогастральной нити	10	4,3
	Итого	232	100

Таблица 4. Распределение больных по степени ожога пищевода согласно классификации С. Д. Терновского (1963).

Степени тяжесть ожога пищевода	Абс.	%
I - Легкой степени	65	38,5
II - Средней тяжести	78	46,1
III - Тяжелое	26	15,4
Всего	169	100

Из таблицы 2 видно, что наиболее частой причиной ожогов пищевода была уксусная эссенция - 81 (34,9%), несколько реже кипятков - 67 (28,9%), затем следует каустическая сода - 25 (10,7%). На долю остальных химических веществ приходится - 59 (25,4%) случаев.

При поступлении в остром периоде больные были очень беспокойными, причем, чем младше ребенок, тем больше отмечалась гиперсаливация, боли за грудиной, рвота, общая слабость, повышение температуры тела, затруднение глотания.

Всем детям в экстренном порядке была оказана первая медицинская помощь, нередко в условиях отделения реанимации. При удовлетворительном состоянии пациента: проводили обезболивание, введение спазмолитиков, промывание пищевода и желудка объемом 1 л/год жизни. При оценке состояния ребенка как среднетяжелое - наряду с вышеизложенным лечением, обезболивание проводили с использованием наркотических анальгетиков и седативных препаратов (реланиум, оксибутират натрия и др.). При тяжелом состоянии ребенка вводили гормоны 1 мг/кг, проводили интубацию трахеи, промывание пищевода и желудка, коррекцию гиповолемии, нарушений сердечной и дыхательной функций, начинали интенсивную терапию.

Результаты. Из 232 детей, истории болезни которых анализированы в данном исследовании, 160 (69,0%) поступили к нам в клинику с острым ожогом пищевода, 72 (31,0%) больных госпитализированы со сформированными стриктурами пищевода, острый период которых проходил в других больницах.

Из 72 (31,0%) детей, поступивших к нам после лечения в других клиниках, у 18 (25,0%)

стенозов не развилось, поэтому им бужирование пищевода не проводилось и эти дети выписаны без осложнений. 10 (13,9%) пациентов имели гастростому с назогастральной нитью для планового эзофагеального бужирования. У 44 (61,1%) наблюдалась клиника послеожогового стеноза пищевода, при этом 22 (30,6%) детям уже проводилось слепое бужирование и они обратились для его продолжения, а 22 (30,6%) пациентам слепое бужирование начато у нас в клинике.

В таблице 3 приведены данные о пациентах в зависимости от поставленного диагноза.

Как видно из таблицы 3, химические ожоги пищевода отмечались в 96 (41,4%) случаях, термический ожог пищевода в 64 (27,6%), послеожоговое рубцовое сужение, состояние после химического ожога пищевода в 57 (24,6%), послеожоговое рубцовое сужение пищевода, состояние после наложения гастростомии по Кадеру с проведением назогастральной нити в 10 (4,3%), рубцовое сужение пищевода, состояние после термического ожога в 5 (2,1%).

По результатам инструментальных исследований (ФЭГДС, контрастная рентгенография) у 169 (72,8%) мы установили степень тяжести и осложнения ожога пищевода. Больные разделены по степени ожога пищевода согласно классификации С. Д. Терновского (1963) (табл. 4).

Как показано в таблице 4, из 169 (72,8%) больных, поступивших в приемное отделение детской хирургии, по результатам эзофагогастроскопии у 65 (38,5%) был диагностирован ожог пищевода I степени, у 78 (46,1%) - II степени, у 26 (15,4%) III- степени.

Таблица 5. Виды операций, выполненных при ожогах пищевода и их осложнениях

№	Методы оперативных вмешательств	Выполнено	%
1	Лапаротомия, гастростомия по Кадеру с проведением назогастральной нити для планового бужирования	23	9,91
2	Супраюгулярная медиастинотомия	1	0,43
3	Торакоцентез справа с дренированием плевральной полости по Бюлау	2	0,86
4	Ларингоэзофагоскопия с попыткой проведения эластического мандрена	1	0,43
	Всего	27	11,63

При I – легкой степени ожога пищевода наблюдались катаральные изменения слизистой оболочки. Выявляется гиперемия, отек слизистой, повреждение поверхностных слоев эпителия.

II - средняя степень характеризуется поражением слизистого и подслизистого слоя, некрозом ее эпителиального покрова и образованием легко снимающихся фибринозных наложений.

При III - тяжелой степени некроз захватывает слизистую оболочку, подслизистый и мышечный слой, распространяется на параэзофагеальную клетчатку и соседние органы, с образованием глубокого, долго не отгораживающегося некротического струпа. При этом происходит усиление симптомов интоксикации вплоть до шокового состояния.

После оказания первой медицинской помощи в условиях стационара лечение проводилось в соответствии со степенью тяжести ожога пищевода.

При I легкой степени тяжести использовались обезболивающие средства, обволакивающие вещества, такие как облепиховое масло, и промывание желудка. У этой группы детей послеожоговых рубцовых стенозов пищевода не отмечалось.

Лечение послеожоговых эзофагитов при II средней степени тяжести ожога пищевода включало обезболивание, обволакивающие средства, промывание желудка, антибактериальную терапию. В дальнейшем слепое бужирование проводилось у 9 (11,5%) детей, бужирование посредством ФЭГС – у 20 (25,6%) и через назогастральную нить после наложения гастростомии по Кадеру – в 2 (2,6%) случаях.

При III тяжелой степени ожога пищевода использовали дезинтоксикационную терапию, обезболивание, промывание желудка, антибактериальную терапию, короткий курс кортикостероидов, обволакивающие средства. После острого периода в этой группе особо тяжелых пациентов бужирование через назогастральную нить после наложения гастростомии по Кадеру проведено у 21 (80,8%) детей, бужирование посредством ФЭГС – у 5 (19,2%).

После проведенного лечения 26 (11,2%) детей были выписаны с рубцовыми изменениями стенки пищевода без признаков стенозирования, найденными на контрольной ФЭГС, им бужирование не проводилось.

Из 232 пациентов с ожогами пищевода рубцовые стенозы сформировались у 111 (47,8%). При этом среди 72 пациентов, поступивших к нам после лечения острого периода в других клиниках, стриктура пищевода наблюдалась в 54 (75,0%) случаях. Из 160 больных, госпитализированных в нашу клинику сразу после происшествия, это осложнение развилось у 57 (35,6%) детей. Здесь следует отметить, что стенозы пищевода наблюдались у 31 (39,7%) из 78 пациентов с ожогом II степени и у всех 26 (100%) больных с ожогом III степени. После ожога пищевода I степени эзофагеальных стриктур не отмечалось.

Наиболее часто стенозы локализовались в верхнем отделе пищевода и имели циркулярный характер. Из 111 больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода слепое бужирование проведено 53 (47,8%), через назогастральную нить - 33 (29,7%) и посредством ФЭГС – 25 (22,5%).

Из всех 232 больных у 27 (11,6%) были выполнены оперативные вмешательства (табл. 5).

Из таблицы 5 видно, что разрыв пищевода имел место в 3 (1,29%) случаях, из них у 1 (0,43%) пациента осложнившийся медиастинитом. Эти дети экстренно оперированы в первые сутки после травмы. Лапаротомия, гастростомия по Кадеру с проведением назогастральной нити для планового бужирования была выполнена 23 (9,91%) пациентам. Послеоперационный период реабилитации больных составил 3,5 месяца.

Заключение. Таким образом, максимальное количество ожогов пищевода у детей (59,0%) приходится на возраст от 1 года до 3 лет. Остается высоким процент развития послеожоговых рубцовых стенозов пищевода у детей – 47,8% от всех случаев. Число химических ожогов пищевода постоянно растет в связи с увеличивающимся применением в быту различных химических веществ в ярких упаковках, которые привлекают внимание ребенка. Однако, наиболее частой причиной ожогов пищевода, как и в предыдущие годы, является уксусная эссенция - 81 (34,9%). На основании фиброэзофагогастроскопии ожог пищевода I степени выявлен в 38,5%, II степени - 46,1% и III степени – в 15,4% случаев. Послеожоговые рубцовые стенозы пищевода развиваются у 39,7% детей после ожогов пищевода II степени и у 100% - III степени, а при ожоговых эзофагитах I

степени стриктур не отмечается. При лечении послеожоговых рубцовых стриктур пищевода в 47,8% случаев слепое бужирование оказывается эффективным, в 29,7% приходится прибегать к наложению гастростомы по Кадеру с последующим бужированием через назогастральную нить. При этом осложнения бужирования пищевода составляют 1,72%.

Литература:

1. Бочарников Е.С., Пономарев В.И., Шевчук В.И., Романчук О.В. Оказание медицинской помощи детям с химическими ожогами и их последствиями // Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии. - 2011. - № 1. - С. 48–50.
2. Воронецкий А.Н. Эндоскопия в лечение детей со стриктурой после химического ожога // Эндоскопическая хирургия. - 2018. - Т. 24. - № 3. - С. 33–37.
3. Климашевич А. В., Никольский В. И., Богонина О. В. Постоожоговые рубцовые стриктуры пищевода: профилактика их формирования, тактика лечения Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2012. – № 1 (21). – С. 52–60.
4. Луняка А.Н., Тараканов В.А., Старченко В.М. и др. Комплексное лечение химических ожогов пищевода у детей. Кубанский научный медицинский вестник. 2014. №7(149). С. 54-57.
5. Разумовский А.Ю., Гераськин А.В., Обыденнова Р.В., Куликова Н.В. Лечение химических ожогов пищевода у детей // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2012. - № 1. - С. 43–48.
6. Рукевич С.Г., Паршиков В.В., Батанов Г.Б., Россохин В.Ф., Особенности диагностики и лечения химических ожогов пищевода у детей // Медицинский альманах 2014 № 5 (35) ноябрь С-190-194
7. Стрюковский А.Е., Тараканов В.А., Старченко В.М. и др. Лечение детей с химическими ожогами пищевода различной этиологии. Инновационная медицина Кубани №2(14) 2019 с-45-50
8. Ормантаев К.С., Турсунов К.Т., Мырзахмет С.А., Сагымбаева А.А. Рациональный выбор тактики консервативного и хирургического лечения химических ожогов пищевода у детей //Российский вестник детской хирургии

анестезиологии и реаниматологии. – 2016. –Т. 6- №3. С-35-39.

9. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Базаров Б.Б., Суванкулов У.Т. Лечение ожогов пищевода и их осложнений у детей // Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии. - 2011. - № 1. - С. 60–64.
10. Шарипов А.М., Шамсзода Х.А., Рахматова Р.А., Юсупов Б.Х. и др. Лечение детей с последствиями химического ожога пищевода. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2020. Т. 10. № 2 с-217-226

ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ПРИЧИНЫ, МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

*Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Шахриев А.К.,
Сагирев Н.Ж., Рахимов А.К.*

Резюме. До настоящего времени существуют спорные вопросы в отношении тактики ведения и патогенетического лечения детей с химическими ожогами пищевода. Становится ясной необходимость разработки эффективных алгоритмов профилактики и лечения химических ожогов и послеожоговых стриктур пищевода у детей, способствующих восстановлению его проходимости. Целью исследования стало улучшение результатов лечения детей с химическими ожогами и послеожоговыми сужениями пищевода путём оптимизации диагностики и тактики лечения. Основой клинической части работы явился анализ результатов лечения 232 детей с ожогами пищевода и его осложнениями в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, находившихся во 2-клинике Самаркандского Государственного медицинского института в период с 1990 по 2020 годы. Выявлено, что максимальное количество ожогов пищевода у детей (59,0%) приходится на возраст от 1 года до 3 лет, процент развития послеожоговых рубцовых стенозов составил 47,8%. Наиболее частой причиной ожогов пищевода, как и в предыдущие годы, является уксусная эссенция - 81 (34,9%). При лечении послеожоговых рубцовых стриктур пищевода в 47,8% случаев слепое бужирование оказывается эффективным, в 29,7% приходится прибегать к наложению гастростомы по Кадеру с последующим бужированием через назогастральную нить. При этом осложнения бужирования пищевода составляют 1,72%.

Ключевые слова: ожог пищевода, рубцовый стеноз, бужирование, дети.