

УДК 616.329-001.17-053.2-089

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖГОВОЙ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Б.С. Карыпбеков, Ш.А. Ибраимов, М.Т. Байзаков

Представлены сведения о новых подходах к диагностике и лечению химических ожогов пищевода и желудка. Мы пытаемся обратить внимание на то, что успех лечения химических ожогов пищевода у детей, в целом, зависит от применения комплексного лечения, включающего общую и местную терапию. В отделении внедрены диагностика и тактика лечения, которые применяются в лечении ожогов пищевода в хирургических стационарах.

Ключевые слова: химические ожоги пищевода; постожоговые стриктуры пищевода; диагностика и лечение ожога пищевода.

БАЛДАРДЫН КЫЗЫЛ ӨНГӨЧҮНҮН КҮЙҮКТӨН КИЙИН БҮТҮП КАЛУУСУН ДАРЫЛОО

Б.С. Карыпбеков, Ш.А. Ибраимов, М.Т. Байзаков

Бул макалада химиялык күйүктөн жабыркаган кызыл өңгөчтү жана ашказанды дарылоонун жана дартын аныктоонун жаңы методдору көрсөтүлдү. Биз балдардын кызыл өңгөчүн химиялык күйүктөн кийин дарылоонун ийгилиги жалпы жана жергиликтүү терапияны өз ичине камтыган комплекстүү дарылоодон көз каранды экендигин баса белгилейбиз. Бөлүмдө хирургиялык стационарларда кызыл өңгөчтүн күйүгүн дарылоодо колдонулган терапия жана дартты аныктоо жайылтылган.

Түйүндүү сөздөр: кызыл өңгөчтүн химиялык күйүгү; кызыл өңгөчтүнкүйүктөн кийинки бүтүп калуусу; күйүктү дарылоо жана дартын аныктоо.

TREATMENT OF POST-BURN ESOPHAGEAL STRICTURE IN CHILDREN

B.S. Karypbekov, Sh.A. Ibraimov, M.T. Baizakov

This article contains information presented new approaches to the diagnosis and treatment of chemical burns of the esophagus and stomach. We are trying to draw attention to the fact that the success of the treatment of chemical burns of the esophagus as a whole depends on an integrated treatment, including general and local therapy. The diagnosis and treatment strategy implemented department, which is used in the treatment of esophageal burns in surgical hospitals.

Keywords: chemical burns to the esophagus; post-burn esophageal stricture; diagnosis and treatment of esophageal burns.

Актуальность. Химические ожоги занимают первое место среди всех заболеваний пищевода у детей. Широкое внедрение химии не только в промышленность, но и в быт населения приводит к увеличению отравлений детей различными химическими веществами [1, 2], часто способных вызывать тяжелые ожоги пищевода, иногда и желудка [3]. В тех случаях, когда первая помощь при ожогах не оказывается или имеются глубокие поражения пищевода, заболевание протекает тяжело, сопровождается явлениями шока, выраженной интоксикацией, дисфагией и местной

воспалительной реакцией, в перспективе возникает угроза рубцового сужения пищевода [4–6].

Для ожогов пищевода щелочами характерно более тяжелое течение и глубокие повреждения, такие ожоги часто сопровождаются разрывом пищевода, медиастинитом, гнойными осложнениями, желудочным кровотечением [1]. Количество химических ожогов пищевода не имеет тенденции к уменьшению, что обусловлено значительным увеличением использования в быту препаратов бытовой химии, содержащих кислоты и щелочи, способных вызывать тяжелые ожоги пищевода,

а в более редких случаях и желудка [3]. В связи с широким развитием эндоскопии в последнее время значительно улучшилась диагностика ожогов пищевода и желудка, их дифференцировка по степени поражения, что позволяет прогнозировать дальнейшее развитие процесса.

Гораздо более сложной задачей является лечение химических ожогов пищевода и его рубцовых стенозов. Наиболее частая разновидность повреждений пищевода – химические ожоги. Ожог пищевода может вызываться концентрированной кислотой (уксусная, соляная, серная), щелочью (каустическая сода, едкий натр, гидроокись натрия), другими веществами (этил, фенол, йод, нашатырь, лизол, клей силикатный, ацетон, марганцовка, растворы электролитов, перекись водорода и др.).

Причины приема агрессивных химических веществ могут быть самые разнообразные. Подавляющее большинство пациентов с ожогами пищевода составляют дети от 1 года до 12 лет. Повышенный травматизм детей этого возрастного диапазона объясняется их природной любознательностью и рассеянностью. Большое значение имеет и бытовая невнимательность родителей, когда едкие вещества хранятся в немаркированной таре или емкостях из-под напитков. Едкие вещества при попадании на слизистую оболочку ротовой полости, глотки, пищевода и желудка вызывают повреждение эпителия, а при прогрессировании процесса – более глубоких тканей. Обычно кислоты вызывают более выраженный ожог пищевода, а щелочи – желудка [4, 7, 8]. Связано это с устойчивостью слизистой оболочки желудка к кислой среде.

Сразу после ожога клиническая картина обусловлена болью и острым воспалительным процессом. У ребенка, получившего ожог пищевода повышается температура тела, возникают беспокойство и сильное слюнотечение. В конце первой недели даже у детей с тяжёлыми ожогами пищевода состояние обычно улучшается: симптомы уходят, становится возможным полноценное питание через рот. Такое улучшение бывает временным (период мнимого благополучия). С третьей недели язвы появляется грануляция, которая с 4–5-й недели замещается соединительной тканью. С 4–6-й недели у этих больных опять появляются признаки нарушения проходимости пищевода, обусловленные начинающимся рубцеванием и формированием сужения пищевода [2]. При приёме сначала твёрдой, а затем и полужидкой пищи появляются дисфагия и пищеводная рвота. В запущенных случаях ребёнок не может глотать даже слюну. Развиваются дегидратация и истощение.

В редких случаях при тяжёлых ожогах периода мнимого благополучия не бывает, что связано

с глубоким повреждением пищевода, резким отёком, воспалительным процессом вокруг очага и медиастинитом. У этих детей длительно сохраняются высокая лихорадка и дисфагия. Наиболее достоверную информацию о характере поражения пищевода и желудка может дать только диагностическая гастроскопия и рентген пищевода с контрастированием.

Только на основании клинических симптомов нельзя предположить или исключить ожог пищевода. Никогда нельзя утверждать, проглотил или нет ребёнок прижигающее вещество. При изолированных ожогах полости рта или пищевода возникают одни и те же клинические симптомы, а при отсутствии ожога полости рта не исключён ожог пищевода. Всем пациентам с подозрением на ожог пищевода следует обязательно выполнить диагностическую гастроскопию [6, 8]. Сроки её проведения зависят от выраженности клинических проявлений. При отсутствии или слабой выраженности клинических признаков первую гастроскопию можно выполнить в первые сутки после травмы, часто даже амбулаторно. Это исследование позволяет исключить те случаи, когда ожога пищевода и желудка нет или произошёл ожог I степени, не требующий специального лечения. Таким образом, может быть установлен правильный диагноз в ранние сроки у 70 % больных с подозрением на ожог пищевода и желудка. Гастроскопия позволяет дифференцировать ожоги I степени, характеризующиеся гиперемией и отёком слизистой оболочки, от ожогов II–III степени, отличающихся наличием фибриновых наложений. При ожогах II степени наступает эпителизация ожоговой поверхности без рубцевания. При ожогах III степени в этот период при гастроскопии можно видеть язвенные поверхности с остатками грубых фибриновых налётов и образование грануляций на ожоговой поверхности [2, 9]. Такие поражения при отсутствии профилактического бужирования приводят к формированию стеноза пищевода.

Цель исследования – разработать комплексную тактику лечения послеожоговой стриктуры пищевода у детей.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы данные 54 больных, пролеченных в НЦОМид за последние 5 лет с послеожоговыми стриктурами пищевода. Гастростома была наложена 49 детям с тяжелой формой стриктуры пищевода. Больным, кроме изучения анамнеза обстоятельства травмы, проводили локальный и общий осмотр. Изучали общеклинические анализы, проводили осмотр ЛОР-врачами, ЭФГДС, по необходимости – рентген-контрастное исследование пищевода.

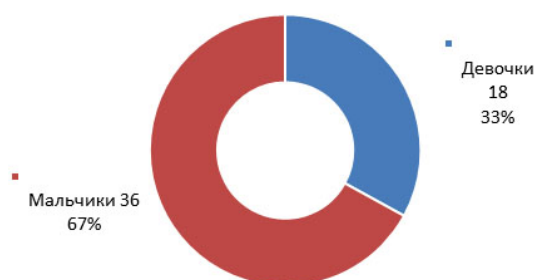


Рисунок 1 – Соотношение по полу

Таблица 1 – Частота ожога пищевода в зависимости от возраста

Возраст, лет	Частота, n	Процент
До 3-х лет	16	30
3–6	22	41
6–9	12	22
9–12	4	7

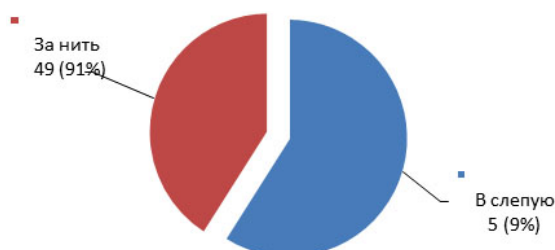


Рисунок 2 – Соотношение результатов, полученных методом бужирования "за нить" и "вслепую"

Результаты и их обсуждение. Из всех больных 54 детей с рубцовым сужением пищевода мальчиков было 36 (67 %), девочек – 18 (33 %). Гендерное соотношение больных приведено на рисунке 1.

Как видно из диаграммы, наиболее часто ожоговые стриктуры пищевода наблюдались у мальчиков – 36 (67 %) случаев, у девочек – в 18 (33 %) случаях.

При изучении характера химического вещества наиболее тяжелые ожоги пищевода вызывают при попадании чистящего средства: «Аврора» (щёлочь) – у 26 (48,1 %) больных, уксусная эссенция – у 13 (24,1 %), каустическая сода – у 10 (18,5 %) и другие химические агенты в 5 (9,3 %) случаях.

В возрастном аспекте данные с химическими ожогами пищевода приводятся в таблице 1.

Как видно из таблицы, наиболее часто подвержены ожогам пищевода дети в возрасте от 3 до 6 лет 22 (41 %). Эти дети становятся беспокойными, плачут. Может быть нарушенным глотание, появляется повышенное слюноотделение, скопление слизи в глотке, рвота. Симптомы отравления у детей наблюдаются редко, так как объем принятой жидкости большим не бывает. Поэтому более

выражены местные изменения, которые проявляются определенными симптомами.

В Национальном центре охраны материнства и детства разработана тактика лечения послеожоговых рубцовых стриктур, которая обнаружена у 54 детей. Большую часть стенозов пищевода удается ликвидировать с помощью бужирования. Для бужирования использовали: бужирование "вслепую" и бужирование "за нить" (рисунок 2). Для бужирования "за нить" гастростома была наложена 49 детям с тяжелой формой стриктуры пищевода, так как ни один из перечисленных методов по своей безопасности не может сравниться с бужированием "за нить", дающим наименьшее число перфораций пищевода.

Гастростома также необходима для полноценного питания больного и дальнейшего обследования пищевода. В нашей клинике чаще используют наиболее простой метод гастростомии – по Каде-ру с выведением трубки через отдельный разрез. Через 2–3 недели после наложения гастростомы повторяют эндоскопическое исследование – прямую и ретроградную (через гастростому) эзофагоскопию. С помощью эндоскопических щипцов,

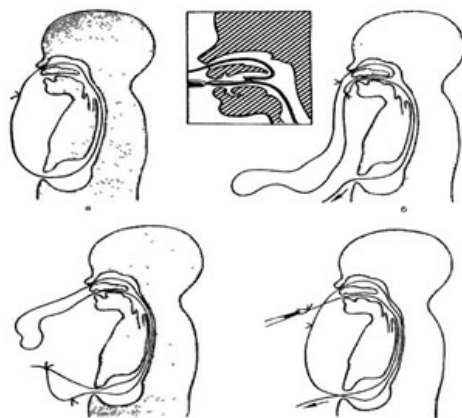


Рисунок 3 – Техника бужирования: а – постоянная нить в пищеводе;
б – для бужирования нить в виде петли выводят изо рта наружу и привязывают концы новой нити;
в – проведены две новые нити: одна для бужирования, другая – для замены старой;
г – бужирование за нить, проведенную через рот

проведенных через канал эндоскопа, ретроградно проводят нить через стеноз для бужирования. Методом бужирования "вслепую" пролечено 5 (9 %) детей, "за нить" – 49 (91 %) детей.

Техника бужирования: начинают с применения минимального размера бужа, проходящего через стеноз; манипуляции выполняют 2–3 раза в неделю, доводя размер бужа до превышающего возрастной (рисунок 3). После устранения стеноза дети начинают питаться через рот, гастростомическую трубку удаляют, а гастростомическое отверстие суживается вокруг нити. Детей выписывают на амбулаторное бужирование.

Профилактическое бужирование начинают в конце первой недели после ожога пищевода, если при диагностической ФЭГДС в пищеводе обнаружены фибриновые наложения (II–III степень ожога). Для бужирования используют тупоконечные бужи, изготовленные из пластмассы. При нагревании такого бужа в горячей воде, последний становится мягким и гибким, сохраняя жесткость при нагрузке по оси. Подбирают буж, диаметр которого равен возрастному размеру пищевода. Ниже приведены размеры бужей для профилактического бужирования у детей разного возраста. При бужировании следует строго придерживаться возраста и номера бужа по шкале Шарьера. У детей до 6 месяцев используется буж № 28–30; 6 мес. – 1 год – № 30–32; 1–2 года – № 32–36; 2–5 лет – № 36–38; 5–8 лет – № 38–40; старше 8 лет – № 40–42.

Как было отмечено выше, наиболее безопасным способом бужирования признано бужирование "за нить", так как в данном методе частота осложнений минимальна, либо отсутствует. Методы "за нить" и "вслепую" сопоставимы между собой, и приоритет

в выборе того или иного метода зависит от оснащенности стационара, потока больных и квалификации специалистов. Большинство авторов сходятся во мнении, что за одну манипуляцию нет необходимости производить дилатацию с использованием более 3–4 размеров бужа с последующим повтором манипуляции через 2–3 суток. Бужирование проводят в стационаре 3 раза в неделю. Длительность лечения бужированием определяют после повторной ФЭГДС через 3 недели после ожога пищевода. Если при этом происходит полная эпителизация (ожог II степени), бужирование прекращают и больного выписывают под диспансерное наблюдение с последующим эндоскопическим контролем через 2–3 месяца.

При глубоком ожоге (III степень) продолжают бужирование 3 раза в неделю еще в течение 3-х недель. Затем выполняют контрольную ФЭГДС и выписывают ребенка на амбулаторное бужирование 1 раз в неделю в течение 2–3 мес., затем 2 раза в месяц в течение 2–3 мес. и 1 раз в месяц – в течение полугода, контролируя течение ожогового процесса в пищеводе с помощью ФЭГДС каждые 3 месяца.

Заключение

1. Метод бужирования "вслепую" и "через нить" прост в исполнении и может быть использован без применения дорогостоящей аппаратуры и дополнительной лучевой нагрузки на врача и больного.

2. Удалось добиться хороших и удовлетворительных результатов – была восстановлена проходимость пищевода у всех детей (98 %).

Литература

1. Алексеев С.И. Диагностика химических ожогов пищевода у детей методом эндоскопической ультрасонографии / С.И. Алексеев, Ю.К. Янов,

- В.Г. Баиров и др. // Российская оториноларингология. 2009. № 5. С. 3–8.
2. *Ивашкин В.Т.* Болезни пищевода / В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов. М.: Триада-Х, 2010.
3. *Богопольский П.М.* Хирургия пищевода: руководство для врачей / П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов. М.: Медицина, 2011.
4. *Ванцян Э.Н.* Повреждения пищевода при бужировании / Э.Н. Ванцян, А.Ф. Черноусов, В.И. Чиссов // Хирургия. 2011. № 4. С. 83–85.
5. *Баиров Г.А.* Срочная хирургия детей: руководство для врачей / Г.А. Баиров. СПб., 2007. С. 464.
6. *Рысс Е.С.* Болезни органов пищеварения / Е.С. Рысс, Б.И. Шулутко. СПб.: Ренкор, 2008.
7. *Бочарников Е.С.* Пути снижения инвалидизации детей, перенесших острый химический ожог пищевода / Е.С. Бочарников [и др.] // Детская хирургия. 2002. № 6. С. 4–6.
8. Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat/ <http://www.dissercat.com/content/konservativnoe-i-khirurgicheskoe-lechenie-detei-s-khimicheskimi-ozhogami-pishchevoda#ixzz4G1ScsobN>
9. *Адырбаев М.Ш.* Организация медицинской помощи детям с химическими ожогами пищевода и желудка в круглосуточном и комбинированном стационарах: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Ш. Адырбаев. Омск, 2009. 20 с.