

DOI 10.36074/logos-29.10.2021.v2.29

МЕДИЧНА ТАКТИКА ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ХІМІЧНОГО ОПІКУ СТРАВОХОДУ У ДІТЕЙ

ORCID ID: 0000-0001-9525-1547

Коноплицький Віктор Сергійович

д-р. мед. наук, професор, завідувач кафедри дитячої хірургії
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ORCID ID: 0000-0001-7454-2986

Сасюк Анатолій Іванович

канд. мед. наук, доцент, доцент кафедри дитячої хірургії
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Лукиянець Олег Олександрович

канд. мед. наук, асистент кафедри дитячої хірургії
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

УКРАЇНА

Хімічний опік стравоходу (ХОС) – це пошкодження стравоходу, викликане випадковим або навмисним прийомом всередину концентрованих розчинів кислоти або лугу, а також інших речовин, що володіють припікаючою дією. Останнім часом істотно змінилася етіологічна структура хімічних опіків стравоходу. Тоді як раніше хімічні опіки стравоходу були викликані каустичною содою, оцтовою есенцією, акумуляторної рідиною, їдкими лугами, мінеральними кислотами і нашатирним спиртом, кристалами перманганату калію, пергідроллю, концентрованого розчину йоду і ін. То на сьогоднішній день відомі ще 10-15 синтетичних м'яких засобів, що можуть призводити до розвитку хімічного опіку стравоходу. Таким чином, кількість хімічних опіків стравоходу і рубцевих стенозів у дітей, переважно віком від 1 року до 3 років має тенденцію до прогресивного зростання, що зумовлено значним збільшенням використання в побуті препаратів побутової хімії, що містять кислоти і луги, здатних викликати важкі опіки стравоходу, нерідко і шлунка [1].

За період з 2010 року по 2020 рік в умовах стаціонару Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні, лікувалися з приводу хімічного опіку стравоходу 38 дітей. З яких хлопчиків було 20 (52,3%), а дівчаток – 18 (47,7%). Віковий розподіл дітей виявився наступним: від 1 до 3 років було 29 (76,3%) дитина, від 4 до 7 років – 5 (13,2%) дітей, від 8 до 12 років – 4 (10,5%) дітей. Міських жителів – 24 (63,2%), а сільських – 14 (36,8%) дітей. В літній період часу були госпіталізовані 24 (63,1%) хворих, 10 (26,3%) дітей були госпіталізовані весною, зимою та осінню госпіталізовано 2 (5,3%) та 2 (5,3%) дітей відповідно. Хімічний опік стравоходу внаслідок дії лугів отримали 23 (60,6%) дітей, ХОС кислотами отримали 14 (36,8%) дітей, електрохімічний опік стравоходу діагностовано у однієї дитини (2,6%). Протягом першої доби від моменту опіку поступили 32 (84,2%) дитини. В умовах стаціонару всім пацієнтам було призначено комплексне лікування, яке включало дієту з обов'язковим прийомом рідкої їжі на наступну добу від початку лікування (проте виключала гостру, копчену, жарену їжу, будь-які фрукти та соки, будь-які газовані напої та напої з штучними барвниками). Також призначались знеболювальні засоби, антибактеріальна терапія, інфузійна терапія, детоксикаційна терапія, гормональна терапія, обволікаючі засоби. Також у склад терапії обов'язково включався

функціональний харчовий продукт на основі продуктів бджільництва «Унібіол». Даний продукт призначався для прийому per os, у вигляді мазі [2].

Всім пацієнтам була проведена фіброезофагогастродуоденоскопія (ФЕГДС) на 4-5 день захворювання, оскільки ми згодні з групою авторів які не рекомендують проведення ФЕГДС в перші дні захворювання [3]. Оскільки дійсно існує значний ризик додаткового травмування стінок стравоходу ендоскопом аж до можливості перфорації стінок стравоходу.

У 28(73,7%) дітей виразково-запальний процес вдалося подолати, вище описаними, консервативними методами лікування. Проте у інших десяти випадках (26,3%) виникла необхідність у проведенні бужувань стравоходу у зв'язку з формуванням протяжного рубцевого стенозу стравоходу (більше 5см) внаслідок хімічного опіку стравоходу III ст. Бужування, у всіх випадках, проводилися по провіднику, з метою запобігання перфорації стінки стравоходу. У восьми з даних дітей завдяки етапним бужуванням, вдалося досягти повного відновлення прохідності стравоходу. Проте у двох дітей, після проведення бужувань стравоходу протягом року, стеноз зберігався, що стало причиною накладання гастростоми за Кадером в обох випадках. В подальшому одній з цих двох дітей була проведена резекція місця стенозу з накладанням езофаго-езофаго анастомозу кінець в кінець. А іншій дитині було приведено стентування стравоходу, що призвело до значного покращення стану даної дитини.

Підсумовуючи матеріал, необхідно зазначити, що зазвичай причиною ХОС стравоходу у дітей є неправильне зберігання засобів, що містять високо активні хімічні складові. Клінічна картина ХОС залежить від концентрації агресивного фактору та кількості прийнятого патологічного агенту. Адекватна медична тактика у найкоротший термін після самого опіку та в подальшому періоді лікування, дозволяє запобігти або знизити до мінімального, ризик виникнення таких грізних ускладнень як рубцевий стеноз стравоходу, перфорація стравоходу, медіастиніт, необхідність загруздинної пластики стравоходу та летальність від даної патології.

Список використаних джерел:

- [1] Ормантаев К.С., Турсунов К.Т., Мырзахмет С.А., Сагымбаева А.А. (2016) Рациональный выбор тактики консервативного и хирургического лечения химических ожогов пищевода у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реанимации, (3), 35–39. Вилучено з: <https://www.rps-journal.ru/jour/article/viewFile/268/269>.
- [2] Кравчук Б.О., Цмокалюк Л.І., Вишпінський І.М., Смірнова І.В., Заремба В.Р. (2017) Інноваційна методика лікування хімічних опіків стравоходу в дітей. Хірургія України, (2), 66–70. Вилучено з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/KhU_2017_2_14.
- [3] Крицький І.О., Крицький Т.І., Процайло М.Д. (2015) Методи діагностики та лікування хімічних опіків стравоходу при необережному поводженні дітьми з побутовими рідинами. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології, (1), 39–40.