



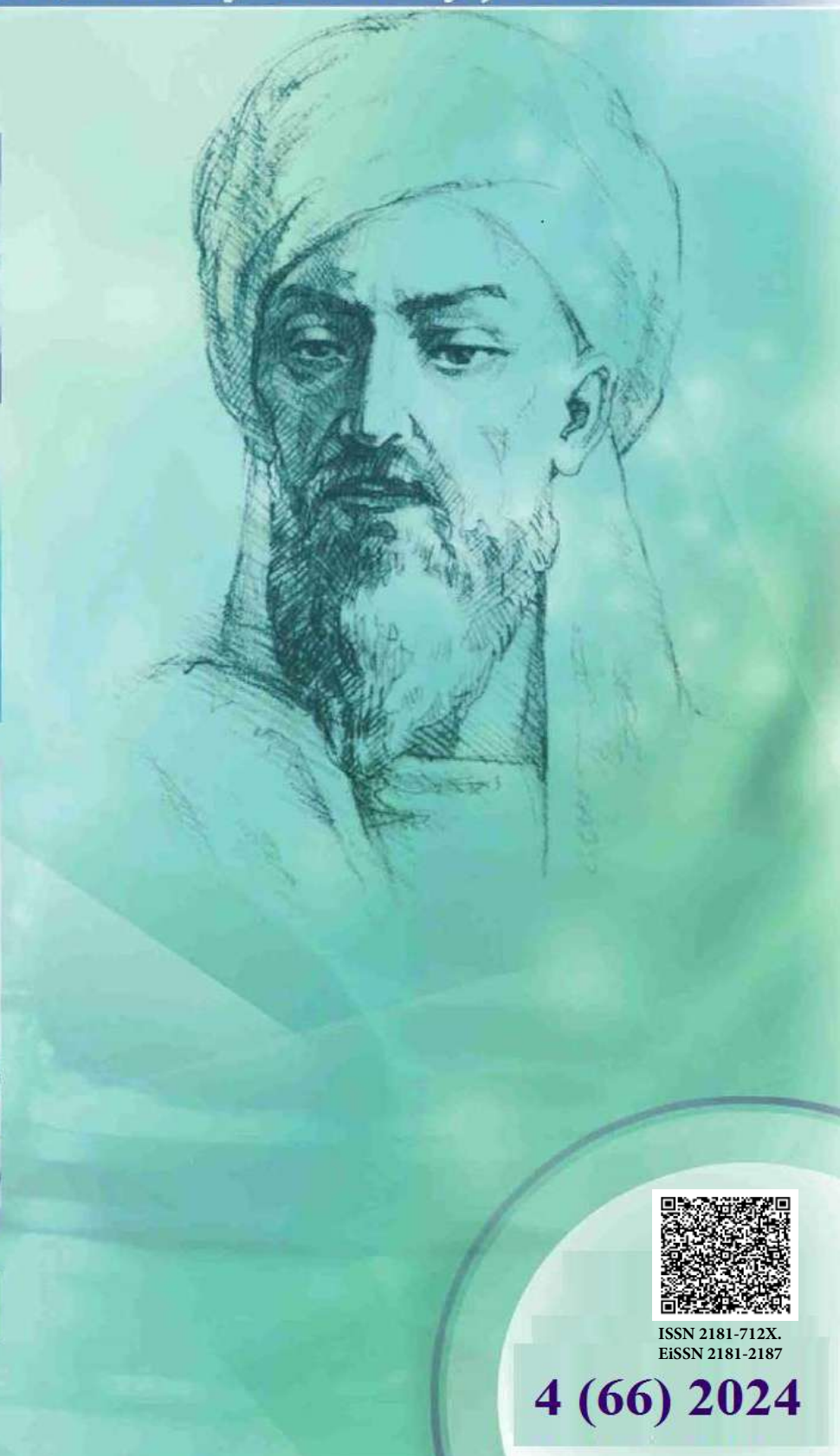
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (66) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (66)

2024

апрель

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616-001.17:612.315-053.5(470.345)

К ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Шамсиев Азамат Мухитдинович Email: ShamsiyevA@mail.ru

Шахриев Абдикодир Камалбаевич

Сагирев Нодир Жумакулович

Рахимов Анвар Комилович

Халилов Гулом Кобилович

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,
ул. Амира Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

В современном мире вопросы безопасности и здоровья детей являются приоритетными для медицинской науки и практики. Одним из наиболее актуальных и сложных вопросов, связанных с заболеваниями пищеварительной системы у детского населения, являются ожоги пищевода. К несчастью, наблюдается увеличение случаев химических ожогов пищевода, что связано с растущим использованием бытовых химических средств, содержащих кислоты и щелочи. Исследования различных авторов подтверждают, что химические ожоги являются наиболее распространенными заболеваниями пищевода у детей, составляя из них от 14 до 87,8%.

С развитием эндоскопии в последние годы значительно усовершенствовалась возможность точной диагностики ожогов пищевода, а также их классификации по степени повреждения. Это существенно способствует прогнозированию динамики заболевания. Несмотря на развитие современной науки, проблемы диагностики и лечения ожогов пищевода и их осложнений сохраняют свою актуальность и требуют пристального внимания и решения.

Ключевые слова: дети, ожог пищевода, диагностика, лечение.

BOLALARDA QIZILO'NGACH KUYISHINI TASHXISLASH VA DAVOLASH MASALALARIGA

Shamsiyev A.M., Shaxriyev A.K., Sagirayev N.J., Rahimov A.K., Xalilov G.K.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Замонавий дунёда болалар хавфсизлиги ва саломатлиги масалалари тиббиёт фани ва амалиётининг устувор йўналиши ҳисобланади. Болаларда овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари билан боғлиқ энг долзарб ва қийин масалалардан бири бу қизилўнгачнинг куйиши. Афсуски, қизилўнгачнинг кимёвий куйиши ҳолатлари кўпаймоқда, бу кислоталар ва ишқорларни ўз ичига олган уй кимёвий моддаларининг кўпайиши билан боғлиқ. Турли муаллифларнинг тадқиқотлари шуни тасдиқлайдики, кимёвий куйишлар болаларда қизилўнгачнинг энг кенг тарқалган касалликлари бўлиб, улардан 14дан 87,8 %гача ташиқил қилади.

Сўнги йилларда эндоскопиянинг ривожланиши билан қизилўнгач куйишини аниқ ташиқислаш, шунингдек уларни шикастланиш даражаси бўйича таснифлаш имконияти сезиларли даражада яхшиланди. Бу касалликнинг динамикасини башорат қилишга сезиларли ҳисса қўшади. Замонавий илм-фан ривожланганига қарамай, қизилўнгач куйишлари ва уларнинг асоратларини ташиқислаш ва даволаш муаммолари долзарб бўлиб қолмоқда ва диққат ва ечимларни талаб қилади.

Калит сўзлар: болалар, қизилўнгач куйиши, ташиқис, даволаш.

ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ESOPHAGUS BURNS IN CHILDREN

Shamsiev A.M., Shakhriev A.K., Sagiraev N.Zh., Rakhimov A.K., Khalilov G.K.

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Resume

In the modern world, children's safety and health issues are a priority for medical science and practice. One of the most urgent and difficult issues related to diseases of the digestive system in children is burns of the esophagus. Unfortunately, there is an increase in cases of chemical burns of the esophagus, which is associated with the increasing use of household chemicals containing acids and alkalis. Studies by various authors confirm that chemical burns are the most common diseases of the esophagus in children, accounting for 14 to 87.8% of them.

With the development of endoscopy in recent years, the possibility of accurate diagnosis of esophageal burns, as well as their classification by degree of damage, has been significantly improved. This significantly contributes to predicting the dynamics of the disease. Despite the development of modern science, the problems of diagnosis and treatment of esophageal burns and their complications remain relevant and require close attention and solutions.

Key words: children, esophageal burn, diagnosis, treatment.

Актуальность

Цель исследования: оптимизация диагностики и лечения ожогов пищевода 1 степени у детей путем разработки эндоскопических критериев глубины поражения и прогноза заболевания.

Материал и методы

В основу работы положена оценка результатов диагностики и лечения 97 больных с ожогами пищевода 1 степени в возрасте от 1 года до 18 лет, которые находились на стационарном лечении с 1991 г. по 2022 г. включительно в Специализированной детской хирургической клинике Самаркандского медицинского университета (главный врач - проф. Шамсиев Ж.А.). Для анализа результатов диагностики и лечения химических ожогов пищевода легкой степени 97 пациентов были разделены на две группы. Контрольную группу составляли 66 детей (68,1%), которые получали лечение в клинике в период с 1992 по 2011 год. Эти пациенты проходили традиционную терапию. В этот период использовались общепринятые тактические установки. В основную группу вошли 31 пациент (31,9%), которым применялся разработанный в клинике алгоритм диагностики и тактики лечения в период с 2012 по 2022 год. У этих пациентов для промывания с целью экстренной помощи мы использовали двухпросветный зонд с боковыми отверстиями в средней части для орошения пищевода на всем протяжении, после чего местно применяли специальную смесь. Затем проводили раннюю первичную ЭГДФС, по итогам которой устанавливался факт ожога пищевода и его степень.

Частота ожогов пищевода у детей требует внимательного анализа в зависимости от возраста. Таблица 1 демонстрирует распределение больных в группах по возрастным категориям.

Таблица 3.1

Ожоги пищевода у детей 1 степени в зависимости от возраста по группам

Группы больных	Возраст больных			Всего
	1-3 года	3-7 лет	7-18 лет	
Контрольная	53 (54,6%)	9 (9,3%)	4 (4,2%)	66 (68,1%)
Основная	23 (23,7%)	7 (7,2%)	1 (1,0%)	31 (31,9%)
Итого	76 (78,3%)	16 (16,5%)	5 (5,2%)	97 (100%)

Данные, представленные в таблице 1, показывают, что в контрольной группе 66 детей (68,1% от общего числа) имели ожоги пищевода первой степени. Из них 53 (54,6%) детей находились в возрастной категории 1-3 лет, 9 (9,3%) - в возрасте 3-7 лет и 4 (4,2%) ребенка - 7-18 лет. В основной группе 31 (31,9% от общего числа) больной имел ожоги пищевода первой степени.

Здесь по возрастным категориям распределение следующее: 23 (23,7%) детей – в диапазоне от 1 до 3 лет, 7 (7,2%) – от 3 до 7 лет и 1 (1,0%) – из группы 7-18 лет. В общем, из 97 детей с ожогами пищевода 1 степени 76 (78,3%) находились в возрастной категории от 1 до 3 лет, 16 (16,5%) - в возрасте 3-7 лет, и 5 (5,2%) – 7-18 лет.

В таблице 2 приведены данные по ожогам пищевода у детей первой степени в зависимости от причин ожога и группы больных.

Таблица 2

Ожоги пищевода у детей первой степени в зависимости от группы больных и причинам ожога

Группа больных	Причина ожога		Итого
	Термический	Химический	
Контрольная	36 (54,5%)	30 (45,5%)	66 (100,0%)
Основная	21 (67,7%)	10 (32,3%)	31 (100,0%)
Всего	57 (58,8%)	40 (41,2%)	97 (100,0%)

Из таблицы 2 видно, что в контрольной группе термические ожоги пищевода 1 степени выявлены у 36 (54,5%), что составляет большую часть пациентов этой группы (36 из 66 детей). Это указывает на то, что тепловые факторы, такие как горячая еда или напитки, играют важную роль в причинах ожогов пищевода 1 степени. 30 (45,5%) больных контрольной группы имели химические ожоги (30 из 66 детей). Процент детей с термическими ожогами пищевода выше в основной группе по сравнению с контрольной – 67,7% против 54,5% соответственно. В основной группе у 10 (32,3%) больных причиной ожога пищевода являлись химические вещества. В целом, термические ожоги более распространены среди детей с ожогами пищевода первой степени. Они составляют 58,8% от общего числа детей (57 из 97). Химические ожоги составляют 41,2% (40 из 97), что также является значимой долей. Термические и химические ожоги представляют собой два основных типа ожогов пищевода первой степени среди детей.

От времени, прошедшего с момента травмы, зависит не только клиническая картина, но и прогноз заболевания. Таблица 3 содержит данные о сроках от момента попадания прижигающего агента внутрь до поступления больного в стационар в зависимости от вида повреждающего действия прижигающего вещества.

Таблица 3

Ожоги пищевода у детей первой степени в зависимости от срока поступления

Вид повреждающего действия прижигающего вещества	Сроки поступления от момента ожога			Всего
	1 сутки	2-3 сутки	3-7 сутки	
Термический ожог	36 (37,2%)	14 (14,4%)	7 (7,2%)	57 (58,8%)
Химический ожог	27 (27,8%)	6 (6,2%)	7 (7,2%)	40 (41,2%)
Всего	63 (65,0%)	20 (20,6%)	14 (14,4%)	97 (100%)

В таблице 3 показано, что 36 (37,2%) детей с термическим ожогом обратились за медицинской помощью в течение первых 24 часов после получения травмы. На 2-3 сутки после попадания термического агента внутрь 14 (14,4%) больных поступили в стационар, а на 3-7 день – 7 (7,2%) пациентов. Среди 40 (41,2%) больных с химическими ожогами пищевода 1 степени в первые 24 часа после инцидента госпитализировано в клинику 27 (27,8%) пациентов, на 2-3 сутки – 6 (6,2%) детей и еще 7 (7,2%) – через 3-7 дней после попадания коррозионного вещества внутрь. В целом, независимо от типа ожога большинство детей (63 (65,0%)) обратились за медицинской помощью в первые сутки после получения ожога. Важно отметить, что термические ожоги занимают большую часть всех случаев заболевания 1 степени и чаще всего приводят к поступлению в стационар в первые 24 часа.

Следует отметить, что в контрольной группе среди химических ожогов значительно больше было повреждений кислотами по сравнению с щелочами, их соотношение составило 4:1. В последнее время, то есть в основной группе (после 2012 года), частота химических травм пищевода, причиной которых стали кислоты значительно уменьшилась, и на первый план вышли

ожоги пищевода щелочами, их взаимоотношение равно 1:1,5 среди пациентов с 1 степенью заболевания. Из общего числа случаев ожогов пищевода 1 степени, 68,0% относятся к контрольной группе, а 32,0% - к основной группе.

В исследовании использована классификация ожогов пищевода, предложенная С.Д. Терновским (1963), Э.Н. Ванцяном и Р.А. Тошаковым (1971). I степень (легкая): Описывается как десквамативный эзофагит, характеризующийся повреждением поверхностных слоев эпителия. Эндоскопически проявляется гиперемией, отеком и повышенной ранимостью слизистой оболочки. Воспалительные явления сохраняются не более 24 дней. II степень (средняя): представляет собой фибринозный, эрозивный эзофагит, характеризующийся повреждением слизистой, часто подслизистого слоя. Эндоскопически выражается выраженным отеком, наличием фибринозных наложений и покрывающих изъязвлений. Просвет пищевода может не дифференцироваться. Поверхностные язвы эпителизируются к концу 2-3-й недели. III степень (тяжелая): описывается как язвенно-некротический эзофагит, при котором некроз затрагивает всю стенку органа на глубину до околопищеводной клетчатки. Длительность течения процесса отторжения и рубцевания в случае благополучного исхода интенсивной первичной терапии составляет 2 года и более [4, 6]. Эта классификация позволяет более детально охарактеризовать степени ожога пищевода, учитывая характер и глубину повреждения, что важно для определения стратегии лечения и прогноза.

Результат и обсуждение

В таблице 4 приведены основные клинические симптомы, наблюдаемые при наличии ожога пищевода 1 степени.

Таблица 4

Характеристика клинических симптомов у детей с ожогами пищевода 1 степени (n=97)

Клинические симптомы	Количество	%
Гиперсаливация	79	81,4
Дискомфорт за грудиной	74	76,3
Изменение поведения при приеме пищи	69	71,1
Ощущение жжения за грудиной и эпигастральной области	60	61,9
Боль за грудиной	58	59,8
Дисфагия	52	53,6
Гиперемия и отек слизистой оболочки полости рта, области глотки	48	49,5
Рвота или регургитация	39	40,2

Как видно из таблицы 4, превалируют симптомы в виде гиперсаливации, дискомфорта за грудиной, изменения поведения при приеме пищи и ощущения жжения за грудиной и эпигастральной области. Гиперсаливация наблюдалась у значительного большинства детей, поступивших в первые 24 часа после травмы пищевода, а из числа пациентов, обратившихся за медицинской помощью в более поздние сроки, многие родители указывали на повышенное слюноотделение в анамнезе. Другие симптомы заболевания при 1 степени поражения встречались реже, однако они должны рассматриваться для более полного понимания состояния и выбора тактики предстоящего лечения. В 81,4% случаев наблюдалась гиперсаливация, 76,3% пациентов отмечали дискомфорт за грудиной. Изменение поведения при приеме пищи родители определяли у 71,1% больных, а на жжение за грудиной и эпигастральной области жаловались 61,9% детей. Однако такие симптомы ожогов пищевода, как боль за грудиной, дисфагия, гиперемия и отек слизистой оболочки полости рта, области глотки, рвота или регургитация выявлены в 59,8%, 53,6%, 49,5% и 40,2% случаев соответственно.

Интересен тот факт, что гиперемия и отек слизистой оболочки полости рта, области глотки характерны для больных с термическими ожогами пищевода, при химических ожогах этот симптом выявляется редко. Тогда как дисфагия, рвота или регургитация выявлялись в основном у детей с химическими повреждениями. Остальные симптомы не зависели от вида обжигающего вещества и встречались равномерно при любых механизмах поражения слизистой пищевода у детей.

Таким образом, выявление при осмотре совокупности симптомов, таких как гиперсаливация, дискомфорт за грудиной, изменение поведения ребенка при приеме пищи, а также ощущения жжения или боли за грудиной, является подтверждением наличия ожога пищевода 1 степени. Гиперсаливация вызывается попыткой организма смягчить раздражение слизистой оболочки пищевода. Увеличенное количество слюны смывает прижигающее вещество со стенок пищевода. Дискомфорт, боль и жжение за грудиной – результат раздражения слизистой оболочки пищевода. Сбор анамнеза о том, как произошло повреждение, какие вещества могли быть вовлечены, длительность контакта и другие важные моменты, имеет немаловажное значение. Это поможет лучше понять характер ожога. Затем проводится физикальное обследование для выявления признаков ожога. Особое внимание уделялось области рта и глотки.

Наиболее достоверная информация о характере поражения пищевода и желудка может быть получена только с использованием метода диагностической эзофагогастроскопии. Клинические симптомы могут быть неспецифичными и не всегда позволяют предполагать или исключать наличие ожога пищевода. При изолированных ожогах полости рта или пищевода клинические проявления могут быть схожими, и невозможно исключить ожог пищевода, даже если нет явных признаков ожога полости рта. Только результаты ЭГДС могут подтвердить или исключить наличие ожога, а также определить необходимость лечебных мероприятий. Процедуру мы обязательно выполняли всем пациентам с подозрением на ожог пищевода. Сроки ее проведения зависят от выраженности клинических проявлений. При отсутствии или слабой выраженности клинических признаков первую ЭГДС можно выполнить в первые сутки после травмы.

Большинство случаев проведения ЭГДС у больных с ожогами пищевода 1 степени приходится на первую неделю после момента ожога (85,6%), в то время, как только 14,4% - на вторую неделю. В основной группе первичную диагностическую ЭГДС старались провести в течение первых двух дней после контакта с прижигающим веществом. Исключение составляли случаи с ярко выраженными клиническими симптомами, такими как дисфагия, интоксикация и болевой синдром.

Эндоскопическая картина при ожоге пищевода 1 степени выглядела следующим образом. Визуально эзофагеальная слизистая оболочка может сохранять нормальный цвет или отмечается минимальная гиперемия и отечность, что свидетельствует о воспалительной реакции. Возможно появление поверхностных эрозий или эритемы эпителиального слоя. Эти изменения могут быть локализованы в определенных участках пищевода. Эндоскопическое исследование доказывает поверхностное повреждение стенки пищевода. При ожоге 1 степени не выявляется глубоких язв, некрозов тканей, структурных изменений и дефектов слизистой, повреждения ограничиваются поверхностными слоями эпителия. В некоторых случаях могут наблюдаться микролизерации (мелкие поверхностные разрывы) эпителия. Важно отметить, что эндоскопическая картина может варьировать в зависимости от индивидуальных особенностей пациента, характера ожога, а также от времени, прошедшего с момента получения повреждения.

В случае химических ожогов пищевода у ребенка крайне важно, как можно быстрее оказать неотложную медицинскую помощь. Мы начинали с введения обезболивающих и седативных препаратов в соответствии с возрастными дозировками. Затем немедленно приступали к промыванию желудка и пищевода при помощи зонда. Основной принцип – максимально быстрое удаление химического вещества со слизистых оболочек рта, пищевода и желудка. Для промывания мы использовали воду в объеме, соответствующем 1 литру на каждый год жизни ребенка, но не превышающему 10 литров. Важно отметить, что независимо от того, получил ли ребенок доврачебную помощь, в стационарных условиях необходимо повторное промывание пищевода и желудка. Это обеспечивает максимальную эффективность лечения и минимизацию последствий химического воздействия.

Среди 97 больных с ожогами пищевода 1 степени, в контрольной группе (1992 – 2011 гг.) из 31 (31,9%) детей применялось традиционное лечение, без использования специального зонда для промывания пищевода и без применения специальной смеси для стенки пищевода. В основной группе, состоящей из 66 (68,1%) пациентов, применялся разработанный в клинике алгоритм диагностики и хирургической тактики лечения (2012 – 2022 гг.). У этих пациентов для промывания с целью экстренной помощи мы использовали двухпросветный зонд с боковыми отверстиями в средней части для орошения пищевода на всем протяжении, после чего местно применяли специальную смесь, модифицированную нами из жирогормональной суспензии,

разработанной М.Д. Жуковым и В.И. Оскретковым (1978). Она состояла из преднизолонa - 0,4, анестезина - 3,0, тетрациклина - 3 млн ЕД, метилурацила - 6,0, натрия гидрокарбоната - 6,0 и масла растительного - 100,0 [7].

Эта смесь обладает недостатками, такими как специфическое воздействие на желудочно-кишечный тракт, токсичность по отношению к эпителию слизистой оболочки кишечника антибиотиков группы тетрациклина и аллергогенность анестезина. Кроме того, неприятные органолептические характеристики жирогормональной смеси существенно затрудняют ее прием. В связи с этим был разработан новый состав смеси, учитывающий указанные недостатки. В новую композицию введены следующие вещества: Метронидазол (0,75 г) – как антибактериальное средство, выбранное из-за эффективности против микрофлоры ротовой полости, основного контаминирующего фактора пищевода; Преднизолон (0,05 г) – для снижения воспаления и облегчения состояния слизистой оболочки; Лидокаина гидрохлорид (0,1 г) – в роли обезболивающего компонента; Лидаза (128 ЕД) – как протеолитическое средство, увеличивающее тканевую и сосудистую проницаемость, уменьшающее отечность ткани, размягчающее и предупреждающее формирование рубцов; Метилурацила (2,0) – как анаболическое средство, ускоряющее процессы регенерации, заживление ран, стимулирующее клеточное и гуморальное звенья иммунитета, обладающее противовоспалительным эффектом; Натрия сахаринат (0,24 г) - подсластитель, улучшающий вкусовые свойства препарата; Ароматизатор "апельсин" (0,5 г) - для улучшения органолептических характеристик и придания более приятного вкуса; Облепиховое масло (до 100,0 г) - вспомогательное вещество, обладающее обволакивающим, противовоспалительным и заживляющим действием, способствующее регенерации клеток. Этот новый состав смеси содержит лекарственные и вспомогательные компоненты, разрешенные к медицинскому применению и промышленному выпуску. Препарат у больных с 1 степенью ожога пищевода использовали в течение всего периода нахождения больного в стационаре, принимая 3-4 раза в сутки по 1 чайной ложке. После приема ребенок должен воздержаться от приема любой пищи и жидкости в течение 30-40 минут. Это способствует более эффективному и продолжительному воздействию компонентов на ожоговую поверхность.

Если на эндоскопии устанавливался диагноз ожога пищевода 1 степени, который возможно поставить при первичной ЭГДФС в отличие повреждений 2-3 степени, лечение переходило в симптоматическое. В некоторых случаях назначали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), чтобы снизить воспаление и облегчить боль; Антациды для уменьшения кислотности в желудке и смягчения воздействия желудочного сока на пораженный участок. Также применяли антигистаминные препараты. Важным элементом лечения является временное изменение рациона и образа жизни. Пациенту назначали избегать горячей, острой, кислой и твердой пищи. Некоторым пациентам, особенно старшего возраста, могла потребоваться психологическая поддержка, эмоциональная поддержка помогает справиться с стрессом и улучшить психическое благополучие. Повторные ЭГДФС перед выпиской у 11 (11,3%) пациентов с 1 степенью заболевания, находившихся наиболее долго в стационаре (8-15 суток после ожога), показали, что стенка пищевода к этому времени полностью регенерирует без каких-либо осложнений. В связи с этим в основной группе после прохождения острого периода, восстановления возможности приема пищи и жидкостей перорально и улучшения состояния ребенка выписывали домой.

С целью определения рациональности ранней первичной ЭГДФС, использования двухпросветного зонда для промывания стенок пораженного пищевода, эффективности местного применения разработанной лечебной смеси, а также результатов проведенного лечения в основной и контрольной группах в таблице 5 приводим распределение сроков стационарного пребывания больных с 1 степенью заболевания в зависимости от природы поражающего едкого вещества.

Таблица 5

Распределение сроков стационарного лечения больных с 1 степенью ожога пищевода в зависимости от природы поражающего вещества

группы	термические	химические	итого
основная	5,76±1,69 (n=21)	6,20±1,78 (n=10)	5,90±1,73 (n=31)
контрольная	8,44±1,66 (n=36)	9,03±1,58 (n=30)	8,71±1,66 (n=66)

Из таблицы 5 видно, что при термических поражениях средний срок лечения в основной группе составляет $5,76 \pm 1,69$ койко-дней. В контрольной группе пребывание пациентов на койке было $8,44 \pm 1,66$ суток. При химических ожогах в основной группе лечение в клинике длилось $6,20 \pm 1,78$ койко-дней, а в контрольной группе – $9,03 \pm 1,58$ суток. В группе больных с применением предложенного метода лечения койко-день в среднем составил $5,90 \pm 1,73$, по сравнению с традиционным лечением, где продолжительность нахождения детей в клинике было равно $8,71 \pm 1,66$ суткам. Для обеих групп термические поражения требуют меньшего времени лечения по сравнению с химическими.

Заключение

При ожоге пищевода 1 степени визуально эзофагеальная слизистая оболочка может сохранять нормальный цвет или отмечается минимальная гиперемия и отечность, что свидетельствует о воспалительной реакции. Возможно появление поверхностных эрозий или эритемы эпителиального слоя. Эти изменения могут быть локализованы в определенных участках пищевода. При ожоге 1 степени не выявляется глубоких язв, некрозов тканей, структурных изменений и дефектов слизистой, повреждения ограничиваются поверхностными слоями эпителия. В основной группе, где использовали новую тактику лечения ожогов пищевода, сроки пребывания в стационаре короче, как для термических, так и для химических поражений по сравнению с контрольной группой. Эти данные подчеркивают потенциальную эффективность предложенной тактики диагностики и лечения пациентов с 1 степенью ожога пищевода. Повторные ЭГДФС перед выпиской у 11 (11,3%) пациентов с 1 степенью заболевания, на 8-15 сутки после ожога, показали, что стенка пищевода к этому времени полностью регенерирует без каких-либо осложнений. В связи с этим больные с 1 степенью поражения пищевода не нуждаются в специализированном хирургическом лечении, а медицинская помощь складывается из неотложной помощи, использования двухпросветного пищеводно-желудочного зонда с боковыми отверстиями для промывания, местного применения разработанной смеси и симптоматической терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Баиров В.Г., Щебенков М.В., Лотовская Н.А. и др. Лечение химических ожогов пищевода у детей // Вестник Педиатрической академии: Сб. научных трудов. СПб., 2007; 50–51.
2. Исаков Ю.Ф., Разумовский А.Ю., Тимошенко О.В. и др. // Хирургия. 1996; 4–8.
3. Кожевников В.А., Смирнов А.К., Тен Ю.В. и др. Профилактика и лечение рубцовых стенозов пищевода у детей // Детская хирургия. 2004; 6–9.
4. Полухин Д.Г. Консервативное и хирургическое лечение детей с химическими ожогами пищевода: Дис канд. мед. наук. /М., 2005; 154 с.
5. Сапухин Э.В. Профилактика и лечение послеожоговых сужений пищевода у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2006; 18 с.
6. Смирнов А.К. Лечение и профилактика рубцовых стенозов пищевода и желудка после химических ожогов у детей / Автореф. Дис док. мед. наук. – Барнаул, 2009; 40 с.
7. Agarwal S., Sikora S.S. et al. Surgical management of corrosive strictures of stomach // Indian J. Gastroenterol. 2004; 178–180.
8. Bittencourt P.P., Carvalho S.D. et al. Endoscopic dilatation of esophageal strictures in children and adolescents J. Pediatr. 2006; 127–131.
9. Da Costa Pinto E.A.L., Dorsa T.K., Altimani A. et al. A functional study of caustic strictures of the esophagus in children // Braz. J. Med. Biol. Research. 2004; 1623–1630.
10. Gupta N.M., Gupta R. Transhiatal Esophageal Resection for Corrosive Injury // Ann Surg. 2004; 359–363.
11. Lin Y.C., Ma J.Y. Severe esophageal burn following chloral hydrate overdose in an infant // J. Formos Med. Assoc. 2006; 235–237.

Поступила 20.03.2024