ТРАВМЫ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ, ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Баиров Владимир Гиреевич, Салахов Эльзамин Салих-Оглы

СПБГБУЗ «Детская городская клиническая больница №5», 192289, город Санкт-Петербург, улица Бухарестская, 134.

E-mail:cardio.gpmu@mail.ru

Ключевые слова: желудочно-кишечный тракт, инородное тело, перфорация пищевода

С каждым годом увеличивается число детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта. Основной контингент это дети до 3х лет, связано с желанием детей в это возрасте попробовать все на вкус. В связи с развитием промышленности меняется этиология инородных тел, что требует более внимательного и тщательного сбора анамнеза и четко отработанной схемы оказания помощи детям с этой проблемой. В период с 2006 года по 2020 года в наш стационар обратилось 991(100%) ребенок с подозрением на проглатывание инородных тел, из них после проведения первичного обследования у 842(85%) было выявлено инородное тело в просвете желудочно-кишечного тракта, из них в просвете пищевода инородное тело выявлено у 272(32,3%). Из всех детей у которых инородное тело удалено из пищевода — 71(26,1%) составили батарейки. При поступлении детей в стационар с подозрением на инородное тело желудочно-кишечного тракта, ребенок осматривался хирургом, проводилось обзорная рентгенография органов грудной, брюшной полости, шеи. При выявлении контрастного инородного тела, под общим обезболиванием проводилось ФЭГДС, удаление инородного тела. При отсутствии контрастного инородного, но при наличии клинической картины (дисфагии, беспокойства, кашля, слюнотечения) проводилось диагностическое ФЭГДС, при выявлении удаление. После удаления инородных тел пищевода у 183(67,2%) выявлены различной степени осложнения. Основными осложнениями являлись пролежни(эрозии) — 127(69,4%) эти детям проводилось консервативная терапия, через 7 дней проводилось контрольное обследование и дети здоровыми выписаны на амбулаторное лечение, перфорации пищевода остроконечными предметами было 3(1,6%), всем детям назначена консервативная терапия с полным исключением энтеральной нагрузки, рана зажила на 5 сутки, контроль проводился рентгенологически. ФЭГДС на 21 сутки. в 2(1,1%) случаях кровотечения в виде пенетрации сосудов, что потребовало экстренного хирургического лечения, торакотомии, остановки кровотечения.у 51(27,9%) отмечались осложнения в виде химических ожогов пищевода различной степени. Глубокие ожоги преобладали в основном при позднем поступлении детей с инородными телами пищевода батарейками (от 3–6 часов до нескольких суток), у 8(16,3%) из этих больных отмечалось перфорация пищевода. В 3х случаях перфорация произошла в первые 3 дня от момента удаления инородного тела(батарейки), в 5 случаях в более поздние сроки, из 4х больных в 2х случаях перфорация пищевода произошла на 7–10 сутки после проведения контрольной ФЭГДС, в 1 случае на 21 сутки. Из 8(100%) случаев перфорации пищевода в 5(62,5%) х случаях развился трахео(бронхо)-пищеводный свищ. Что потребовало экстренного хирургического лечения –наложение гастростомы, выведения двойной эзофагостомы, и ушивания дефекта трахеи(бронха) в связи с резким ухудшением состояния ребенка — в виде медиастенита. В одном случае отмечался летальный исход. В 3х случаях(43%) в связи со стабильным состоянием больного проводилась консервативная терапия(антибактериальная терапия, инфузионная терапия, исключение энтеральной нагрузки), на фоне лечения дефект в стенке пищевода вторично зажил рубцеванием. Что потребовало потом бужирования пищевода. Из 4х детей кому проведено выведение эзофагостомы, только одному потребовалось загрудинная пластика пищевода толстой кишкой, в остальных случаях проведено наложение анастамоза с ликвидацией эзофагостомы. Учитывая развитие глубоких химический ожогов пищевода — перфораций, после удаленных инородных тел(батареек) поступивших на поздних стадиях от момента травмы, при наличии тяжелого поражения пищевода требуются наложения гастростомы, в течение первых суток, полное исключение энтеральной нагрузки, Повторное обследование — ФЭГДС, должно проводиться на поздних сроках от 3х недель и более. При наличии явлений медиастенита, связанное с развитием трахео(бронхо)- пищеводного свища, необходимо выведение двойной эзофагостомы.

Учитывая, представленные данные дети, с инородными телами желудочно-кишечного тракта должны поступать в специализированный стационар, с круглосуточной эндоскопической службой. Инородные тела пищевода должны быть удалены сразу после постановки диагноза. дети с глубокими химическими ожогами пищевода, после удаленных инородных тел(батареек) поступивших на поздних стадиях от момента травмы, требуют наложения гастростомы, полное исключение энтеральной нагрузки, повторное обследование ФЭГДС, должно проводиться на поздних сроках от 3х недель и более. При наличии явлений медиастенита, связанное с развитием трахео(бронхо)- пищеводного свища, необходимо выведение двойной эзофагостомы.