

улучшились пародонтологические индексы в динамике при объективном обследовании (табл. 3).

Как видно из таблицы 3, пародонтологические индексы указывают на улучшение клинического состояния детей, больных пародонтитом.

При оценке показателей иммунной системы у пациентов с пародонтитом отмечены повышенные уровни IgA, IgM и IgG. До назначения комплексного лечения содержание IgA составило $3,26 \pm 0,08$ г/л, IgM – $1,82 \pm 0,11$ г/л, IgG – $15,3 \pm 0,54$ г/л. К концу лечения уровни указанных классов иммуноглобулинов уменьшились соответственно до $2,09 \pm 0,13$ г/л ($p < 0,02$), $1,46 \pm 0,14$ г/л ($p > 0,05$), $12,5 \pm 0,13$ г/л ($p < 0,001$).

Обсуждение

Проведенные клинико-физиологические наблюдения показали высокую эффективность разработанной комплексной бальнеопелоидотерапии у больных с заболеваниями поджелудочной железы и пародонта. Особенно важным является одновременное воздействие на детский организм йодобромной воды в виде минеральных ванн и орошений полости рта и пелоидов в виде грязевых аппликаций на область эпигастрия, левого подреберья и десен. Дополняет сочетанное воздействие природных факторов на детский организм применение препарата из гидролизата мидий как натурального иммунокорректора.

Указанное лечение позволяет добиться длительной ремиссии в состоянии поджелудочной

железы и сохранить зубы функционально полноценными.

Совместная деятельность гастроэнтеролога, педиатра и стоматолога является гарантией снижения у детского населения распространенности и степени тяжести как заболеваний поджелудочной железы, так и болезней тканей и органов полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов Б. Н., Гаврилова О. А. Этиопатогенетическое обоснование подходов к лечению и профилактике болезней полости рта у детей и подростков с хроническим гастродуоденитом // Стоматологические и соматические заболевания у детей: этиопатогенетические аспекты взаимосвязей, особенности профилактики, диагностики и лечения: Матер. конф. – Тверь, 2013. – С. 60–63.
2. Сазонов Д. В., Пастухов А. И., Семендяева М. Е. Комплексный подход в лечении хронического панкреатита // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2011. – Т. XXI. № 5. – Прил. 38. – С. 72.
3. Пак. А. Г., Степаненко В. М. Отдаленные результаты курортного лечения детей с хроническим панкреатитом // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: Матер. XVIII Конгр. детских гастроэнтерологов России и стран СНГ. – М., 2011. – С. 248–249.
4. Холопов А. П., Егоров Л. В., Плохов В. В., Берега А. Л. Реабилитация детей и взрослых с болезнями тканей пародонта при сопутствующей патологии пищеварительной системы: Метод. реком. – Краснодар, 1998. – 28 с.

Поступила 24.04.2014

**А. Н. ЛУНЯКА¹, В. А. ТАРАКАНОВ¹, В. М. СТАРЧЕНКО¹,
В. М. НАДГЕРИЕВ¹, А. Е. СТРЮКОВСКИЙ¹, О. А. ТЕРЕЩЕНКО²**

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней детского возраста ГБОУ ВПО МЗ РФ КубГМУ,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

²ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница»,
Россия, 350007, г. Краснодар, ул. Постовая, 4; тел. 8-918-311-01-03. E-mail: lan137@mail.ru

В работе представлен анализ лечения 147 детей с различными степенями химического ожога пищевода. В основу положена комплексная схема лечения в зависимости от характера и изначальной степени проявлений химической травмы пищевода, клинических особенностей её течения в динамике и эффективности проводимых лечебных мероприятий. Комплексный подход к лечению с соблюдением отработанных принципов лечебной тактики позволил значительно снизить количество ранних и отсроченных осложнений при химических ожогах пищевода в детском возрасте, избежать летальности, осуществлять эффективную профилактику и лечение послеожоговых рубцовых стенозов пищевода.

Ключевые слова: химический ожог пищевода, лечение, дети.

INTEGRATED MANAGEMENT OF OESOPHAGEAL CAUSTIC BURNS IN CHILDHOOD

¹Children's surgical diseases department of the Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4;

²children's regional clinical hospital,
Russia, 350007, Krasnodar, Postovaya, 4; tel. 8-918-311-01-03. E-mail: lan137@mail.ru

The paper presents the analysis of treatment of 147 children with different degrees of chemical burn of the esophagus. It is based on a complex scheme of treatment depending on the nature and original extent of manifestations of chemical injury of the esophagus, the clinical features of its course in the dynamics and effectiveness of remedial measures. A comprehensive approach to treatment with observance of principles of waste treatment policy has allowed to considerably reduce the number of early and delayed complications of chemical burns of the esophagus in children, to prevent mortality, effective prevention and treatment of post-burn cicatricial stenosis of the esophagus.

Key words: chemical burn of the esophagus, treatment, children.

Введение

Химические ожоги занимают первое место среди заболеваний пищевода в детском возрасте. На их фоне в дальнейшем могут развиваться рубцовые стенозы пищевода, возникающие в 4% случаев от всех детей, поступивших с подозрением на ожог пищевода. Максимальное число поражений пищевода химическими веществами (от 77,2% до 85%) соответствует возрасту от 1 года до 3 лет, в остальных случаях это обычно подростковый период. Возникают ожоги пищевода вследствие случайного (по ошибке) или преднамеренного (с суицидальной целью) употребления едких химических веществ. Несмотря на существующие различные методики лечения, количество послеожоговых осложнений пищевода достигает 30%. Тяжесть полученной химической травмы зависит от характера действующего вещества, от времени воздействия реагента, от объема едкого вещества, от своевременности, правильности и полноты оказания медицинской помощи пострадавшему ребёнку на догоспитальном этапе. Степень полученного химического ожога пищевода определяет выраженность клинической картины заболевания. Выделяют 3 стадии течения ожоговой травмы: острую (5–10 суток), стадию мнимого благополучия (7–30 суток) и стадию образования стриктур (от 2 до 6 месяцев и дольше). Постановка диагноза химического ожога пищевода у детей основана на данных анамнеза; наличии следов свежих ожогов и химических реагентов на губах, слизистых оболочках рта, глотки, периоральной области; особенностях клинической картины острого периода химического ожога. Основным методом, позволяющим подтвердить или опровергнуть наличие химического повреждения пищевода, а также определить степень поражения пищевода, является первичное эндоскопическое исследование, которое должно выполняться в течение первых 2–3

суток после повреждения и только под наркозом. Эндоскопически выделяются следующие степени ожога пищевода: I – гиперемия и отек слизистой оболочки; II – поражение слизистой оболочки и подслизистой основы; III – поражение всех оболочек пищевода. Хотя определение точной степени поражения пищевода при проведении эндоскопического исследования на ранних этапах поражения нередко бывает затруднено. Для определения точной степени поражения требуются повторные эндоскопические обследования, наблюдение в ходе лечения. Осложнения химического ожога в зависимости от сроков возникновения делятся на ранние (перфорация пищевода, эрозивное кровотечение из верхних отделов ЖКТ, внутрисосудистый гемолиз при употреблении уксусной кислоты, аспирационная пневмония, сепсис) и поздние (рубцовый стеноз пищевода, нервно-психические расстройства). Избежать возможности развития осложнений позволяют комплексный подход в лечении и полноценная терапия в остром периоде заболевания, адекватный и планомерный контроль течения заболевания в динамике.

Целью настоящей работы являлось обобщить собственный опыт и оптимизировать комплексную программу оказания неотложной помощи и лечения химических ожогов пищевода у детей.

Материалы и методы

За период с 2007 г. по 2012 г. в нашей клинике находилось 147 детей с химическими ожогами пищевода различной степени в возрасте от 11 месяцев до 16 лет (большинство 1,5–3 лет). Из них случайно возникшая химическая травма имела место в 144 случаях, суицидальная попытка – у 3 подростков. Мальчики составили 64,4%, девочки – 35,6%. Эндоскопически выявлены следующие степени химического поражения пищевода: I – 36 человек (23,5%); II – 67 человек (47%); III – 44

человека (29,5%). Верхняя треть пищевода пострадада у 33 больных, средняя треть пищевода – у 50 пациентов, нижняя треть – у 24 человек. В остальных случаях имело место тотальное поражение пищевода с ожоговой травмой слизистой желудка.

Среди химических агентов преобладали уксусная эссенция, щёлочи (средство «Крот»), кристаллический перманганат калия.

На догоспитальном этапе практически всем пострадавшим детям оказывалась неотложная помощь: в домашних условиях или на этапе СМП проводилось промывание желудка через зонд холодной кипяченой водой, назначались обезболивание, седативные препараты, осуществлялась немедленная транспортировка больного в специализированный хирургический стационар (непосредственно в детскую краевую клиническую больницу или через ЦРБ).

Лечение больных в клинике проводилось по принятой комплексной программе, включающей детоксикационную инфузионную терапию, антибактериальную терапию, обезболивание, гормоны, гепарин, репаранты, антациды, обволакивающие средства, физиотерапевтическое лечение.

При любой степени химического поражения пищевода показано проведение местного лечения: назначаем всем больным детям официальную пищеводную смесь, репаранты (облепиховое масло), препараты, снижающие кислотность желудочного сока (альмагель, омепразол), прокинетики (мотилиум), физиотерапевтическое лечение.

На основе длительного многолетнего опыта лечения химических ожогов пищевода у детей в нашей клинике внедрён и с успехом используется следующий алгоритм ведения больных.

Алгоритм стационарного лечения химических ожогов пищевода у детей

ЭФГС (в первые-вторые сутки)

Химический ожог 1–2-й степени

Гормоны, 1–2 мг/кг в сут.
Гепарин, 100 ЕД/кг
Антибиотики, 7–10 дней
Обезболивание

Химический ожог 3-й степени

Гормоны, 3–5 мг/кг в сут.
Гепарин, 100 ЕД/кг
Антибиотики, 7–10 дней
Обезболивание
ГБО, 7–10 сеансов

ЭФГС (7–10-е сутки)

Положительная динамика
Отмена гормонов к 20-м суткам

Отсутствие динамики
Гормоны в той же дозе

ЭФГС (14–20-е сутки)

Положительная динамика
Дневной стационар
Выписка больного

Отсутствие динамики
Гормоны в той же дозе
ЭФГС (27–30-е сутки)

При отсутствии динамики – отмена гормонов, хирургические методы лечения.

Как видно из приведённого алгоритма, контрольная фиброэзофагоскопия проводилась детям в динамике каждые 7–10 дней до заживления эрозий. При появлении эндоскопической картины рубцового стенозирования пищевода (24 больных, 16,3%) бужирование начинали только после купирования явлений воспаления и эрозий в пищеводе. По данным различных литературных источников, одним из основных методов лечения и профилактики развития рубцового стеноза пищевода независимо от степени ожога многими авторами считается раннее бужирование пищевода. Однако существуют недостатки раннего бужирования: травматичность, риск перфорации пищевода, замедление репаративных процессов. Кроме того, с учетом трудности дифференциального диагноза возможно проведение «напрасного» бужирования пациентам с ожогами II степени. Это наносит эмоциональную травму ребенку и увеличивает сроки госпитализации. В нашей клинике бужирование пищевода начинаем по мере появления признаков рубцового стенозирования при контрольных эндоскопических исследованиях пищевода.

Бужирование проводили под эндоскопическим контролем курсами по 3–5 процедур с интервалом 2–3 дня. Общая продолжительность лечения определялась выраженностью рубцового процесса в пищеводе, эффективностью бужирований. В 6 случаях (4,1%) при развитии клинко-эндоскопической клиники картины декомпенсированного стеноза пищевода тактикой выбора явилось наложение гастростомы по Кадеру для дальнейшего питания и бужирования пищевода по нити.

Результаты и обсуждение

У всех детей с I и II ст. химического ожога пищевода в течение 2–4 недель удалось купировать эрозивно-воспалительный процесс без хирургических осложнений. У 24 пациентов со стенозированием после III ст. ожога этапные курсы бужировающей терапии в течение последующих 3–24 месяцев привели к полному клиническому и эндоскопическому выздоровлению. В двух слу-

чаях (1,3%) на фоне тяжёлых ожогов пищевода щелочами (чистящее средство «Крот») отмечалось развитие осложнений в виде перфорации пищевода, потребовавшее оперативного вмешательства: наложения шейной эзофагостомы, гастростомии. В дальнейшем этим больным была выполнена пластика пищевода. Летальных исходов у детей с химическими ожогами пищевода в нашей клинике не имелось.

Таким образом, химические ожоги пищевода являются распространённой и серьёзной травмой в детском возрасте, а проблема лечения детей с химическими поражениями пищевода весьма актуальна. Используемая нами тактика комплексного лечения ХОП у детей позволяет добиться у большинства больных полного выздоровления и минимизировать количество осложнений, требующих хирургической коррекции. Оказание первой медицинской помощи должно проводиться сразу после получения химической травмы и должно включать комплекс мероприятий: промывание пищевода и желудка, введение седативных препаратов, при заведомо подозреваемой тяжелой степени поражения (кислоты, щелочи) введение гормонов, анальгетиков, спазмолитиков, антигистаминных препаратов.

Лечение химических ожогов пищевода в специализированном хирургическом стационаре должно носить комплексный характер. Терапия должна включать в себя обезболивание, детоксикационную терапию, антибактериальную терапию, гормоны, гепарин, репаранты, антациды, обволакивающие средства, физиотерапевтическое лечение.

Критериями хороших результатов лечения химических поражений пищевода и их осложнений можно считать следующие: ребенок может принимать любую пищу и посещать детские учреждения без ограничения в питании; отсутствует необходимость в поддерживающем бужировании пищевода; у детей до 3 лет просвет пищевода в области стеноза должен быть не менее 10 мм.

Все пациенты с перенесёнными ожогами пищевода подлежат диспансерному наблюдению в течение года после признаков клинического выздоровления с динамическим ФЭГДС-контролем (1 раз в 2–3 месяца или по индивидуальным показаниям). За этот период продолжается курсовое восстановительное лечение (антациды, репаранты, химически и термически щадящая диета).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия. – Санкт-Петербург: ИЧП «Хардфорд», 1996. – № 1. – С. 255–277.
2. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Разумовский А. Ю., Тимоценко О. В. Лечение химических ожогов пищевода у детей // Хирургия. – 1996. – № 4. – С. 4–8.
3. Разумов А. А., Щербаков Д. В., Мингазов И. Т., Лазовой В. М. Опыт лечения химических ожогов пищевода у детей // Клиническая хирургия. – 1986. – № 6. – С. 43–45.
4. Ситко А. А., Бочарников Е. С., Орлов Ю. П. и др. Алгоритм оказания помощи детям с химическими ожогами пищевода // Детская хирургия. – 1997. – № 2. – С. 55–58.
5. Berenson G. A. et al. Intralesional steroids in the treatment of refractory esophageal strictures // J. pediatr. gastroenterol. nutr. – 1994. – № 18. – P. 250.
6. Haller J. A., Andrews H. G., White J. J. et al. Pathophysiology and management of acute corrosive burns of the esophagus. Results of treatment in 285 children // J. pediatr. surg. – 1971. – № 6. – P. 578–583.
7. Karnak I. et al. Combined use of steroid, antibiotics and early bougienage against stricture formation following caustic esophageal burns // J. cardiovasc. surg. – 1999. – № 40. – P. 307–310.
8. Rappert P. et al. Diagnosis and therapeutic management of oesophageal and gastric caustic burns in childhood // Eur. j. pediatr. surg. – 1993. – № 3. – P. 202.
10. Wijburg F. A., Heymans H. S. A., Urbanus N. A. M. Caustic esophageal lesions in childhood: prevention of stricture formation // J. pediatr. surg. – 1989. – № 24. – P. 171–173.

Поступила 30.04.2014

О. В. ПЕРВИШКО, Т. Г. БАУМ, Г. В. НАУМЕНКО

ДИСФУНКЦИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА КАК ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА ЗАТЯЖНЫХ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ

Кафедра факультетской педиатрии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: ole-pervishko@yandex.ru

В работе проведено изучение влияния дисфункции билиарного тракта на формирование неонатальных желтух. Показана тесная связь между течением перинатального периода, особенностями неонатального периода и последующим развитием неонатальной желтухи у данного контингента пациентов. При использовании современных методов лабораторной и инструментальной диагностики установлена этиологическая зависимость затяжных неонатальных желтух от наличия анатомо-физиологических особенностей желчного пузыря.

Ключевые слова: неонатальная желтуха, дисфункция билиарного тракта.