

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ
ТАКТИКИ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ**

Научный руководитель д.м.н., Профессор

Азамат Мухитдинович Шамсиев

***Место работы: Кафедры детской хирургии №1 Самаркандского
государственного медицинского университета***

Халилов Гулом Кобилович

***Диссертант: самостоятельный соискатель кафедры Детской
хирургии №1, СамГМУ***

Электронная почта: anvarxirurg@gmail.com

Аннотация: Химические ожоги пищевода у детей представляют собой тяжелую патологию, требующую своевременной диагностики и рационального выбора лечебной тактики. Повреждение пищевода чаще возникает вследствие случайного приема концентрированных кислот или щелочей, входящих в состав бытовых и промышленных химических средств. Выраженность патологических изменений может варьировать от поверхностного воспаления слизистой оболочки до глубокого некроза стенки пищевода с риском перфорации и последующего формирования рубцовых стриктур. Важное место в диагностическом алгоритме занимает эндоскопическое исследование, позволяющее непосредственно оценить локализацию, распространенность и степень повреждения пищевода.

Ключевые слова: химический ожог пищевода, дети, эндоскопическая диагностика, эзофагогастродуоденоскопия, некроз, стриктура, стеноз пищевода, эндоскопическое лечение, детская хирургия, осложнения.

Введение

Химические ожоги пищевода у детей являются одной из актуальных проблем детской хирургии и эндоскопии. В большинстве случаев повреждение происходит случайно при проглатывании средств бытовой химии, чистящих и моющих препаратов, кислот или щелочных соединений. Особенности поведения детей, недостаточный контроль со стороны взрослых и неправильное хранение химических веществ создают условия для возникновения подобных травм. Тяжесть химического повреждения определяется видом химического агента, его концентрацией, количеством принятого вещества, продолжительностью контакта со слизистой оболочкой и скоростью оказания медицинской помощи. Щелочные вещества способны вызывать глубокое колликативное повреждение тканей, тогда как кислоты чаще приводят к коагуляционному некрозу. Однако такое разделение не всегда позволяет точно прогнозировать глубину поражения, поэтому объективная диагностика имеет принципиальное значение.

Клинические проявления химического ожога пищевода могут включать боль при глотании, слюнотечение, дисфагию, рвоту, отказ от приема пищи, боль за грудиной и признаки поражения ротоглотки. Однако выраженность симптомов не всегда соответствует глубине повреждения пищевода. В связи с этим совершенствование методов диагностики является важным условием своевременного выбора лечебной тактики. Одним из наиболее информативных методов оценки состояния пищевода является эзофагогастродуоденоскопия. Эндоскопия позволяет непосредственно визуализировать слизистую оболочку, определить характер патологических изменений и оценить распространенность поражения. Полученные данные могут использоваться для прогнозирования осложнений и определения дальнейшего наблюдения и лечения.

Основная часть

Современный подход к диагностике химических ожогов пищевода у детей предусматривает комплексную оценку состояния пациента. На первом

этапе необходимо установить обстоятельства получения травмы, определить предполагаемое химическое вещество, его концентрацию, количество и время приема. Одновременно оцениваются общее состояние ребенка, наличие нарушений дыхания, гемодинамические показатели, признаки поражения ротоглотки и других отделов желудочно-кишечного тракта. Полученная информация позволяет определить степень риска и необходимость срочного специализированного обследования.

Эндоскопическое исследование имеет особое значение в диагностике повреждений пищевода, поскольку позволяет непосредственно оценить слизистую оболочку и определить выраженность патологических изменений. При эндоскопии могут выявляться гиперемия, отек, эрозивные и язвенные дефекты, кровоизлияния, фибриновые наложения, участки некроза и циркулярные повреждения. При тяжелом поражении могут определяться изменения, свидетельствующие о глубоком повреждении стенки пищевода.

Для повышения объективности диагностики целесообразно использовать стандартизированное описание эндоскопической картины. При этом необходимо учитывать не только наличие повреждения, но и его распространенность, глубину, циркулярность и локализацию. Стандартизация эндоскопического заключения позволяет сравнивать результаты обследований в динамике и более точно оценивать риск развития осложнений.

Одним из важнейших преимуществ эндоскопической диагностики является возможность прогнозирования последующего формирования рубцовых изменений. Тяжелые повреждения слизистой оболочки и глубоких слоев пищевода ассоциируются с повышенным риском развития рубцовой стриктуры. В дальнейшем это может проявляться прогрессирующей дисфагией, затруднением приема твердой пищи, снижением массы тела и нарушением нутритивного статуса ребенка. Поэтому пациенты с выраженными эндоскопическими изменениями должны находиться под длительным динамическим наблюдением.

Важным условием совершенствования эндоскопической диагностики

является соблюдение принципов безопасности. Проведение исследования должно осуществляться специалистом, имеющим опыт работы с детьми, в условиях, позволяющих контролировать дыхательные и гемодинамические показатели. При подозрении на перфорацию пищевода или тяжелое общее состояние ребенка вопрос о проведении эндоскопии решается индивидуально после первичной стабилизации пациента. Безопасность ребенка при этом является приоритетной задачей.

Современные эндоскопические системы высокого разрешения позволяют получить более детальное изображение слизистой оболочки. В специализированных центрах могут применяться дополнительные технологии визуализации, способствующие более точной оценке поверхностных изменений. Однако применение дополнительных эндоскопических методик не исключает необходимости комплексной оценки состояния пациента.

Эндоскопические данные имеют важное значение при выборе лечебной тактики. При поверхностных повреждениях без признаков глубокого некроза и осложнений может применяться консервативная терапия и наблюдение. Основными задачами лечения являются обеспечение адекватного питания и гидратации, контроль болевого синдрома, наблюдение за развитием осложнений и поддержание общего состояния ребенка. Конкретный состав медикаментозной терапии определяется лечащим врачом с учетом характера повреждения и современных клинических рекомендаций. При тяжелых химических ожогах требуется лечение в специализированном стационаре. Такие пациенты нуждаются в постоянном клиническом наблюдении, контроле лабораторных показателей и своевременном проведении дополнительных исследований при подозрении на осложнения.

Эндоскопическая картина в этом случае является одним из важных компонентов оценки тяжести заболевания, но окончательная лечебная тактика определяется на основании совокупности диагностических данных.

Особую опасность представляет перфорация пищевода с развитием

медиастинита. При появлении признаков перфорации необходима срочная комплексная диагностика. В зависимости от клинической ситуации применяются методы лучевой диагностики, лабораторное обследование и консультация детского хирурга. При подтвержденном тяжелом осложнении может потребоваться хирургическое лечение. При этом эндоскопия не должна задерживать выполнение жизненно необходимого вмешательства.

Совершенствование лечебной тактики связано также с ранним выявлением пациентов с высоким риском формирования стриктуры.

После завершения острого периода ребенок должен находиться под динамическим наблюдением. При появлении дисфагии или других признаков нарушения проходимости пищевода проводится соответствующее обследование. В зависимости от характера и протяженности рубцового сужения могут применяться эндоскопические методы восстановления просвета пищевода. Эндоскопическое лечение сформировавшихся стриктур может включать различные методы дилатации. Выбор способа и частоты процедур зависит от локализации, протяженности и выраженности стеноза, возраста ребенка и клинической эффективности лечения. Целью является восстановление адекватной проходимости пищевода и обеспечение полноценного питания ребенка при минимальном риске осложнений.

В случаях, когда эндоскопическое лечение оказывается неэффективным или анатомические особенности стриктуры не позволяют обеспечить устойчивый результат, рассматривается вопрос о реконструктивном хирургическом вмешательстве. При этом решение принимается индивидуально и зависит от тяжести рубцового поражения, протяженности стриктуры, состояния пищевода и общего состояния пациента. Таким образом, эндоскопическая диагностика имеет значение не только на этапе первичного обследования, но и при планировании дальнейшей лечебной стратегии.

Заключение

Химические ожоги пищевода у детей требуют ранней диагностики,

индивидуализированного лечения и длительного наблюдения. Эндоскопическое исследование является одним из наиболее информативных методов оценки степени и распространенности повреждения пищевода. Его применение позволяет выявлять патологические изменения слизистой оболочки, определять тяжесть поражения и прогнозировать вероятность формирования рубцовых стриктур.

Совершенствование эндоскопической диагностики должно основываться на стандартизированном описании повреждений, использовании современных технологий визуализации и строгом соблюдении принципов безопасности проведения исследования у детей. При этом эндоскопические данные необходимо интерпретировать в комплексе с клиническими, лабораторными и лучевыми методами диагностики.

Использованная литература

1. Chirica M., Bonavina L., Kelly M.D., Sarfati E., Cattani P. Caustic ingestion. **The Lancet**. – 2017. – Vol. 389. – P. 2041–2052.
2. Contini S., Scarpignato C. Caustic injury of the upper gastrointestinal tract: a comprehensive review. **World Journal of Gastroenterology**. – 2013. – Vol. 19, № 25. – P. 3918–3930.
3. Poley J.W., Steyerberg E.W., Kuipers E.J., Dees J., Hartmans R., Tilanus H.W., Siersema P.D. Ingestion of acid and alkaline agents: outcome and prognostic value of early upper endoscopy. **Gastrointestinal Endoscopy**. – 2004. – Vol. 60, № 3. – P. 372–377.
4. Riffat F., Cheng A. Pediatric caustic ingestion: 50 consecutive cases and a review of the literature. **Diseases of the Esophagus**. – 2009. – Vol. 22, № 1. – P. 89–94.
5. Mamede R.C.M., De Mello Filho F.V. Ingestion of caustic substances and its complications. **São Paulo Medical Journal**. – 2001. – Vol. 119, № 1. – P. 43–45.