

Троян В. В., Гриневич Ю. М., Гаврилов А. М.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Белорусский государственный медицинский университет,
Детский хирургический центр г. Минск, Беларусь*

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

Актуальность. Вопросы диагностики и лечения инородных тел желудочно-кишечного тракта всегда считались актуальными у детей. Однако в последние годы появилась новая проблема. Это попадание в желудочно-кишечный тракт электрических дисковых батареек, используемых в современных приборах и игрушках. Проглоченная ребенком батарейка может вызвать серьёзные повреждения стенки пищевода, желудка и даже трахеи. Актуальность этой проблемы с каждым годом возрастает. Это связано с тем, что ежегодно увеличивается число травм батарейками большей мощности и большего диаметра, которые вызывают тяжелые и даже летальные повреждения органов пищеварения и дыхания.

Цель. Изучить особенности диагностики и лечения при травмах электрическими батарейками пищевода и желудка у детей

Материал и Методы. Нами проведен анализ результатов диагностики и лечения 489 детей находившихся после глотания дисковых батареек под нашим наблюдением в 2006–2012 г.г.. Рентгеноскопическое исследование пищевода и желудка осуществлялось при помощи аппарата с электронно-оптическим преобразователем «Easy Diagnost». Эзофагогастроскопия (ЭГДС) проводилась видеоэндоскопом «Fujion» и фиброскопами «Olimpus». Для удаления инородных тел использовались инструменты типа «корзина», «сетка», «крысиный зуб», «аллигатор».

Результаты и обсуждение. В данный период под нашим наблюдением находилось 489 детей с указанной патологией. Подавляющее большинство (83%) составили дети в возрасте до 3-х лет. Следует отметить, что в последние годы отмечается рост таких травм. Больше половины детей (52%) получили эту травму в последние 3 года. Обследование начинали с выяснения жалоб и анамнеза заболевания. Особое внимание обращалось на случаи глотания заряженных батареек большого диаметра у детей младшего возраста. Следует отметить, что у подавляющего большинства детей клинические проявления отсутствовали, и лишь у 9% из них отмечались слюнотечение, кашель, затрудненное дыхание. В одном нашем наблюдении ребёнка, у которого разряженная батарейка застряла в шейном отделе пищевода, на протяжении 6 месяцев лечили от инфекции верхних дыхательных путей. Обязательным этапом является обзорная рентгенография шейного отдела пищевода, грудной

клетки и брюшной полости. Следует отметить, что причиной ошибок в диагностике часто было отсутствие снимка шейного отдела позвоночника, выполнение которого считаем обязательным при подозрении на инородное тело. Снимок следует делать в 2-х проекциях. Боковая проекция помогает выявить ориентацию активного полюса батарейки, имеющего меньший диаметр. На рентгенограммах батарейки локализовались у 6% детей в пищеводе, у 64% – в желудке и у 30% детей – в кишечнике. При локализации батарейки в пищеводе экстренная эзофагоскопия и удаление батарейки проведено у 89% детей, в остальных случаях было достаточно прямой ларингоскопии. У одного ребёнка потребовалась открытая эзофаготомия. Признаки электрохимического ожога пищевода различной степени выраженности были диагностированы у 75% детей, у 14% – слизистая была без патологии, в 11% случаев, после прямой ларингоскопии слизистая пищевода не осматривалась. Следует отметить, что у 3 детей в возрасте около 1 года, после травмы пищевода зараженными литиевыми батарейками большого, 2 см диаметра, через 5 суток у одного и очень быстро, через 6–7 часов у других, возникла полная перфорация пищевода и трахеи. Этим больным потребовалась экстренная торакотомия в условиях искусственного кровообращения. Во всех 3 случаях было выполнено разобщение пищевода и пластика трахеи. У 2 других детей имела место перфорация пищевода с образованием флегмоны шеи. Еще у одного ребенка сформировался трахеопищеводный свищ. При локализации батарейки в желудке ЭГДС была произведена у 48% детей. У 61% из них был диагностирован электрохимический ожог слизистой желудка. У 23% детей слизистая была без патологии и у 16% состояние слизистой не описано, так как у них в желудке присутствовала пища. Гастроскопия закончилась извлечением батарейки у 80% пациентов. У остальных 20% детей батарейка к моменту осмотра отошла в кишечник. В 25% случаев ЭГДС по разным причинам не проводилась и при динамическом наблюдении у всех батарейка вышла самостоятельно. Все батарейки, локализовавшиеся в кишечнике, вышли самостоятельно без каких либо видимых осложнений.

Выводы. Наши наблюдения показали, что количество детей обратившихся за помощью по поводу глотания батареек ежегодно увеличивается. Чаще страдают дети первых 3 лет жизни. Отсутствие клинических проявлений и указаний на степень заряженности батарейки не позволяют прогнозировать степень поражения слизистой. Наиболее опасны активные батарейки большого диаметра у детей младшего возраста.