

Литература:

1. Лавриненко, Г.В. Факторы риска и донозологическая диагностика заболеваний детей и подростков: метод. рекомендации / Г.В. Лавриненко, Н.А.Болдина // Мн.: БГМУ, 2004. – 18 с.
2. Черепанов, Е.В. Факторы риска мочекаменной болезни у детей / Е.В. Черепанов, Н.К. Дзеранов // Педиатрия.– 2009. – №4. – С 23–28.
3. Вощула, В.И. Мочекаменная болезнь: этиопатогенез, диагностика, лечение и метафилактика: пособие / В.И. Вощула [и др.] // Минск, Зималетто, 2010. – 220с.
4. Erbagci, A.B. Pediatric urolithiasis – evaluation of risk factors in 95 children / A.B. Erbagci, M. Yilmaz, // Scand J Urol Nephrol. 2003; 37(2):129–33.

ПРИБРЕТЕННЫЕ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫЕ СВИЩИ У ДЕТЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ДИСКОВОЙ БАТАРЕЙКОЙ

Гриневич Ю.М.¹, Свирский А.А.², Дедович В.В.²,
Рустамов В.М.¹

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск

²РНПЦ детской хирургии, Минск

Широкое распространение в быту различных электронных игрушек и устройств, источником питания которых являются дисковые батарейки, привело к увеличению случаев проглатывания этих батареек детьми младшего возраста и возникновению специфических осложнений, связанных с электрохимическим ожогом стенки желудочно-кишечного тракта. Наиболее тяжелые повреждения вызывают дисковые литиевые батарейки большого диаметра (20 мм, 3V). При проглатывании они, как правило, застревают в зоне физиологических сужений пищевода, изредка – на уровне верхней грудной апертуры. Нахождение таких инородных тел в пищеводе даже несколько часов может привести к глубокому электрохимическому ожогу и некрозу передней стенки пищевода и задней стенки трахеи с формированием трахеопищеводного свища. За последние 6 лет мы имеем опыт лечения 5 детей с приобретенными трахеопищеводными свищами в результате электрохимического ожога дисковыми батарейками. Возраст детей от 12 месяцев до 1 года и 10 месяцев. Батарейки диаметром 20 мм застряли у 2 детей в средней трети пищевода, что привело к формированию трахеопищеводного свища в области бифуркации трахеи с распространением зоны некроза и деструкции на заднюю стенку обоих главных бронхов в одном случае и зону бифуркации и правый главный бронх в другом случае. У 2 детей батарейки обнаружены на границе верхней и средней трети пищевода на уровне верхней грудной апертуры с формированием трахеопищеводного свища на этом уровне и еще у

одного ребенка батарейка выявлена в средней трети пищевода чуть ниже верхней грудной апертуры ($Th_{II}-Th_{III}$). Длительность нахождения инородных тел составила от 5 часов до предположительно 6 суток. Предположительно, т.к. родители 2 детей вообще не отмечали факт проглатывания батареек, а обращались в лечебные учреждения с жалобами на покашливание, явления дисфагии, повышение температуры. У всех детей батарейки удалены с применением эндоскопии. После извлечения инородных тел из просвета средней трети пищевода у 2 детей визуализировался конец эндотрахеальной трубки и устья обоих главных бронхов. Удаление батареек у этих детей привело к быстро прогрессирующему синдрому утечки из дыхательных путей и потребовало экстренного оперативного вмешательства. В условиях искусственного кровообращения (ИК) им произведена пластика задней стенки трахеи в области бифуркации и главных бронхов заплатами из аутоперикарда и разобщение пищевода из-за выраженных проявлений медиастинита с выведением шейной эзофагостомы и наложением гастростомы. Через 1 год детям выполнена эзофагоколопластика с хорошим исходом. Полугодовалой девочке с трахеопищеводным свищем на уровне $Th_{II}-Th_{III}$ из боковой торакотомии произведено разобщение пищевода и пластика задней стенки трахеи заплатой из ксеноперикарда. В настоящее время ребенку планируется этап по пластике пищевода. Результаты лечения 2 детей с приобретенными трахеопищеводными свищами на уровне верхней грудной апертуры оказались не столь обнадеживающими. Фиксация инородных тел и соответственно вызванные ими повреждения оказались в крайне «неудобной» для хирурга локализации. В качестве доступа использовалась верхняя «Т»-образная стернотомия с поперечным пересечением грудины в III межреберье. Восстановление целостности задней стенки трахеи со значительным дефектом (25 x 7–8 мм) произведена заплатой из ксеноперикарда. Однако через 3 суток клинически, а затем и бронхоскопически на операционном столе, выявлена несостоятельность заплат, что потребовало рестернотомии. Во время повторного вмешательства констатирована не только несостоятельность заплат, сколько факт некроза практически всей грудной трахеи с расплавлением трахеальных хрящей от Th_I до Th_{III} . После удаления нежизнеспособных тканей диастаз между трахеальными концами превышал 3 см. В условиях ИК обоим детям выполнено протезирование грудной трахеи сосудистыми протезами Gore-tex. Для придания стабильности стенкам протезов в одном случае осуществлено стентирование просвета протеза сосудистым сетчатым стентом (внутренний каркас), в другом – протез помещен в просвет стента с фиксацией его стенки швами к ячейкам стента (наружный каркас). Обоим детям наложены трахеостомы с проведением конца трахеостомической канюли за пределы протеза. В первом случае через один год после протезирования выявлено, что протез не фиксирован к стенкам трахеи, а у внутреннего стента произошло нарушение сетчатой структуры. Протез со стентом удалены. В настоящее время (2 года наблюдения) у ребенка сохранен только нижнегрудной отдел трахеи (около 8 мм над кариной). Дыхание осуществляется через трахеостомиче-

скую канюлю. Признаков разрастания грануляционной ткани ниже канюли не выявлено. Второй ребенок погиб через 1 месяц после протезирования от профузного кровотечения из брахиоцефального ствола вследствие пролежня, вызванного внешним стентом трахеального протеза.

Таким образом, крайняя невнимательность родителей к своим детям, их неинформированность об опасностях, связанных с фактом проглатывания дисковых батареек, приводят к тяжелейшим последствиям, вплоть до летальных исходов. Лечение детей с электрохимическим ожогом пищевода дисковыми батарейками должно осуществляться только в условиях детского специализированного многопрофильного хирургического центра. В условиях Республики Беларусь таковым является РНПЦ детской хирургии. Возможность, при необходимости, перейти к операции с использованием ИК, позволяет выполнять сложные реконструктивные операции на грудном отделе трахеи и главных бронхах.

ОПЫТ МОНИТОРИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО СЕПСИСА У НОВОРОЖДЁННЫХ

**Ханес Г.С., Максакова И.С., Гримальская А.О.,
Рыбальченко И.Г., Кузьмин Л.В.**

*Национальная Специализированная детская больница «ОхМатДет»
Киев, Украина*

Введение. В возникновении перинатального хирургического сепсиса основную роль играют антенатальные, интранатальные и контаминационные инфекции бактериальной, вирусной и грибковой природы на фоне незрелой иммунобиологической реактивности организма новорожденного ребёнка (Володин Н.Н. 2008). Бактериальные, грибковые и вирусные токсины выделяют про- и противовоспалительные медиаторы, способствующие избыточному выделению тканевого фактора и травме эндотелия сосудов, что приводит к дисфункции иммунной и коагуляционной систем, повреждению митохондрий и микроциркуляции (Xigris. Lilly. 2010). Высокая смертность при перинатальном сепсисе в хирургической клинике (Randolf M.2014, Derek Angus, 2012) обуславливает необходимость ранней диагностики сепсиса с помощью оценки маркёров воспаления: прокальцитонин, СРБ, лактата, коагуляционных тестов (INR, АЧТВ, Д-димер, РКФМ).

Как показывает опыт, самым ранним маркёром сепсиса является тест прокальцитонин, стимуляторы синтеза которого и выделения его в кровь – оболочки бактерий, эндотоксины и фактор некроза опухолей. Установлено, что развёртывание клиники сепсиса сопровождается развитием ДВС (Ханес Г.С., 2012).