

тактики все больные были разделены на две группы – дети, которым был наложен прямой анастомоз (29), и дети, которым был наложен Т-образный анастомоз (22). Т-образные анастомозы накладывались в основном детям с атрезией тощей кишки, они сопровождались последующим отсечением Т-образного свища и повлекли за собой осложнения в четырёх случаях. Прямые анастомозы также преимущественно были наложены при атрезии тощей кишки и в трёх случаях привели к осложнениям.

В результате проведенной работы можно сделать вывод о том, что резекция кишки с наложением прямого анастомоза является радикальным, одномоментным методом, позволяющим избежать развития синдрома короткой кишки и завершить коррекцию порока уже в первый месяц жизни ребенка.

ПРЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

М.П. Кузьмич, Н.А. Кузьмич

**Кемеровская государственная медицинская академия,
Кемерово, Российская Федерация**

Внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) в постнатальном периоде представляют интерес не только в связи с ростом этого осложнения в последние годы, но и, прежде всего, с инвалидизацией после него. По литературным данным, ВЖК встречается от 60 до 80% случаев, как правило, у новорожденных с различной степенью недоношенности. Установление факторов риска в перинатальном периоде, способствующих развитию ВЖК, может быть важной составляющей в его профилактике в постнатальном периоде. Цель работы: установить пренатальные факторы риска ВЖК.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 67 случаев ВЖК у новорожденных за период с 2003 по 2008 год, проходивших лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных на базе ДГКБ №5, г. Кемерово. Изучены особенности течения беременности и родов, а также сопутствующие факторы риска в каждом случае заболевания.

Установлено, что все дети с ВЖК были с различной степенью недоношенности, причем степень недоношенности оказывала влияние на тяжесть ВЖК, а его частота находилась в обратной зависимости от гестационного возраста новорожденного.

Одним из неблагоприятных факторов, повышающих риск ВЖК у недоношенных, были урогенитальные инфекции женщин во время беременности. Нами установлено, что в 60% случаев имели место пиелонефрит (30%), дрожжевой и трихомонадный кольпит (32,5%), гарднереллез (7,5%), хламидийная инфекция (12,5%), уреаплазмоз (5%), ЦМВ (7,5%), ВПГ (10%) и другие инфекции. Кроме того, при скрининговом ультразвуковом обследовании женщин во всех случаях выявлены признаки хронической гипоксии плода, проявляющиеся двигательными нарушениями в виде повышения двигательной активности, снижения мышечного тонуса и учащением дыхательных движений, что косвенно подтверждало инфицирование плода.

Выводы. В ходе исследования установлено, что одним из основных пренатальных факторов риска ВЖК у детей является внутриутробная инфекция. Активное выявление, профилактика и лечение последней позволит снизить количество недоношенных детей и соответственно снизить риск возникновения ВЖК.

ПРОФИЛАКТИКА СТЕНОЗОВ ЭЗОФАГОАНАСТОМОЗА У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

В.А. Мамонова, Г.В. Ширшова

**Пермская государственная медицинская академия,
Пермь, Российская Федерация**

В последние годы в клинической практике разработаны и внедрены различные современные, малоинвазивные методы восстановления проходимости пищевода в области стриктур различной этиологии. Остается актуальной проблема профилактики стенозов эзофагоанастомоза у детей, оперированных по поводу атрезии пищевода.

В клинике детской хирургии Пермской государственной медицинской академии им. акад. Е.А. Вагнера с 2000 по 2008 год пролечен 61 ребенок с послеоперационными стенозами пищевода. В том числе: со стенозами эзофагоэзофагоанастомоза - 53 пациента (86,9%), эзофагогастроанастомоза - 6 (9,8%), эзофагоколоанастомоза - 2 (3,3%). По возрасту больные распределились следующим образом: до 1 года - 48 (78,7%), от 1 до 2 лет 13 (21,3%).

Всем детям проведена баллонная дилатация пищевода под общим эндотрахеальным наркозом на 18 - 22 день после операции. После установления эндоскопа над местом сужения через рабочий канал аппарата и зону стриктуры пищевода в желудок проводили струну-проводник с гибким концом. Извлекали эндоскоп и по струне вводили баллонный катетер диаметром от 5 до 10 мм в зависимости от выраженности стриктуры и возраста больного. Баллонный катетер устанавливали в зоне пищеводного анастомоза.

Положение баллона контролировали визуально, повторно вводя эндоскоп рядом с катетером. Нагнетая воду в баллон, создавали давление до 2 атмосфер и проводили гидродилатацию стенозированного участка. После дилатации баллонный катетер извлекали и выполняли контрольную эзофагоскопию. Сеансы баллонной дилатации повторяли каждые 2 - 3 дня до получения стойкого результата. Поддерживающие курсы повторяли через 1 месяц. Среднее количество проведенных процедур - 4,2 дилатаций, среднее количество курсов поддерживающего лечения - 1,8. Продолжительность лечения составила 1 - 12 месяцев.

Эндоскопическая баллонная дилатация была эффективна у всех больных. Осложнения не зарегистрированы.

Таким образом, эндоскопическая баллонная дилатация пищевода может быть выполнена у детей с атрезией пищевода в разных возрастных группах, в том числе в периоде новорожденности; является безопасным и эффективным методом профилактики и лечения стенозов пищевода в послеоперационном периоде.